Prentice Hall

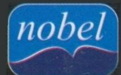
Klinik Psikoloji

MODERN SAĞLIK UZMANLIK ALANI

Clinical Psychology
A Modern Health Profession

WOLFGANG LINDEN | PAUL L. HEWITT

Çeviri Editörü: Dr. Muzaffer Şahin



KLİNİK PSİKOLOJİ

BİR MODERN SAĞLIK UZMANLIK ALANI

CLINICAL PSYCHOLOGY

A MODERN HEALTH PROFESSION

Wolfgang Linden

Paul L. Hewitt

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin





www.nobelyayin.com


NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ.

YAYIN NU : 586
Psikolojik Danışma Nu : 23
ISBN : 978-605-133-488-2
© 1. Basımdan Çeviri, Temmuz 2013

KLİNİK PSİKOLOJİ Bir Modern Sağlık Uzmanlık Alanı
Çeviri Editörü: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ŞAHİN

Genel Yayın Yönetmeni: Nevzat Argun -nargun@nobelyayin.com-
Psikolojik Danışma Editörü: Naim Dilek -naimdilek@nobelyayin.com-

Redaksiyon: Naim Dilek -naimdilek@nobelyayin.com- Taliha Aslan -taliha@nobelyayin.com
Sayfa Tasarım: Emel Yıldız -emel@nobelyayin.com- Savaş Güler -savas@nobelyayin.com
Kapak Tasarım: İlknur Güçlü -ilknur@nobelyayin.com-
Baskı Sorumlusu: Halil Yeşil
Baskı ve Cilt: Genç Ofset Sertifika Nu: 20960 — Necatibey Cad. 66/1 Ankara

Dağıtım: Volkan Kurt -volkankurt@nobelyayin.com- +90 312 418 20 10
Emrah Dursun -emrah@nobelyayin.com-
Tanıtım: Sadık Küçükakman -sadik@nobelyayin.com-
Yavuz Şahin -yavuz@nobelyayin.com-
Onur Uysal -onur@nobelyayin.com-
Çetin Erdoğan -cetin@nobelyayin.com-
Serdar Döğer -serdar@nobelyayin.com-
Serhat Geçkaldı -serhat@nobelyayin.com-
e-satis: Volkan Özdemir -esatis@nobelkitap.com-
Sipariş: siparis@nobelyayin.com- +90 312 418 20 10

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

Linden, Wolfgang; Hewitt, Paul L.
Klinik Psikoloji Bir Modern Sağlık Uzmanlık Alanı
Clinical Psychology A Modern Health Profession / *Wolfgang Linden, Paul L. Hewitt*
Çeviri Editörü: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
1. Basımdan Çeviri, XXV + 472 s., 170x240 mm
Kaynakça ve dizin var.
ISBN 978-605-133-488-2
1. Klinik Psikoloji 2. Psikodiagnostik Değerlendirme 3. Modern Sağlık Uzmanlık Alanı


NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ.
Ankara Dağıtım Kültür Mah. Mithatpaşa Cad. Nu: 74 B-01/02 Kızılay / ANKARA
Tel: 0312 418 20 10 Faks: 0312 418 30 20 / www.nobelyayin.com nobel@nobelyayin.com
Merkez İOSB Abdülkadir Geyleni Cad Nu: 2/A Ostim / ANKARA Tel/Faks: 0312 386 00 91




www.nobelkitap.com

ÇEVİRENLER

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

1. KLİNİK PSİKOLOG OLMAK
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

2. KLİNİK PSİKOLOG OLMA SÜRECİ
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

3. ARAŞTIRMA VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ
Psikolog Alper Yahyagil • *Yeditepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

4. ETİK KURALLAR DOĞRULTUSUNDA KARAR ALMA
Uzm. Klinik Psikolog Ceylin Özcan • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

5. PİKOPATOLOJİNİN YAPISI
Uzm. Klinik Psikolog Murat Artıran • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

6. DEĞERLENDİRMEYE GENEL BİR BAKIŞ
Dr. Engin Eker • *Çatalca Devlet Hastanesi*
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

7. PSİKODİAGNOSTİK DEĞERLENDİRME
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*
Uzm. Klinik Psikolog Murat Artıran • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

8. KOGNİTİF VE NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME
Dr. Selen Ayas • *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı-Psikoloji Laboratuarı*
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

9. DAVRANIŞSAL VE BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME
Uzm. Psikolog Selgün Yüceil • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

10. PSİKOTERAPİ SÜRECİ
Uzm. Klinik Psikolog Murat Artıran • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

11. PSİKOTERAPİLER
Yrd. Doç. Dr. Alper Engeler • *Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*
Uzm. Sosyal Psikolog Petek Akman

12. PSİKOTERAPİLER

Uzm. Sosyal Psikolog Petek Akman

Uzm. Klinik Psikolog Murat Artıran • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

13. PSİKOTERAPİNİN SONUÇLARI

Uzm. Klinik Psikolog Murat Artıran • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

14. YENİLİKÇI/MİSTİK TERAPİLER

Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby • *Kadir Has Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

15. ÇOCUK PSİKOLOJİSİ

Dr. Selen Ayas • *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı-Psikoloji Laboratuarı*

16. ADLİ PSİKOLOJİ

Psikiyatrist Uzm. Dr. Utkan Tiyekli • *Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin • *Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

17. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ VE DAVRANIŞSAL TIP

Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby • *Kadir Has Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

18. PSİKOFARMAKOLOJİ

Psikiyatrist Uzm. Dr. Utkan Tiyekli • *Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul*

19. KLİNİK PSİKOLOJİDE BÜGÜNKÜ EĞİLİMLER VE KLİNİK PSİKOLOJİNİ GELECEĞİ

Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby • *Kadir Has Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul*

ÖN SÖZ

Aslı Sökmen • *Arel Üniversitesi Mütercim Tercümanlık Öğrencisi, İstanbul*

DİZİN

Aslı Sökmen • *Arel Üniversitesi Mütercim Tercümanlık Öğrencisi, İstanbul*

ADAMA

Bu kitabı, benim yakın ve uzak aileme ve akrabalarıma; özellikle de sağlıklı bir hayatın keyfini yaşayamayan merhum kardeşim Heiner'a adıyorum.

W.L.

Beni cesaretlendiren ve destekleyen aileme, Teşekkürler Barbara, Harris, JC, Jack ve Mac.

P.L.H.

İÇİNDEKİLER

◇ 13. BÖLÜM
PSİKOTERAPİNİN SONUÇLARI 317

◇ 14. BÖLÜM
YENİLİKÇİ VE MİSTİK TERAPİLER 343

ÖN SÖZ

Wolfgang Linden, 20 yıldan daha uzun bir süre 4 yıllık lisans öğrencilerine klinik psikolojiye giriş dersini verdi ve bu ders için ders kitabı ve kaynak kitap yoktu. Ders kitabı konusunda yayınevi temsilcileri ile yapılan birçok görüşme sonucunda bu kitabın yazılmasına karar verildi. Tabii ki, üniversite kampüsüne gelen ders kitabı yayınevlerinin temsilcileri sürekli olarak "Neden isteklerinizi karşılayabilecek bir ders kitabı yazmıyorsunuz?" diye soruyorlardı. Bilgi birikimimizin önündeki set nihayet yıkıldı ve klinik psikoloji alanında iki yazarın birbirini tamamlayan uzmanlık alanları bu kitabı yazmak için bir araya getirildi. Aynı zamanda Paul Hewitt, piyasada var olan birçok klinik psikoloji kitabının, çağdaş klinik çalışmalar ile bilimsel araştırmalardaki kritik noktalara değinmediğini düşünüyordu ve klinik araştırmaların belirli çalışma alanlarına karşı kimi zaman görülmesi zor olan yanlar açığa kavuşturuldu. Yazarlar şimdiye kadar değinilmemiş noktalara hitap eden bir ders kitabı oluşturmaya karar verdiler. Bunun yanında, yazarlar klinik psikoloji alanının herhangi bir ülke ya da bölgede dar bir çerçevede uygulaması gibi değil; öğrencilere klinik psikoloji alanını daha geniş boyutlarda öğretmek amacıyla bu ders kitabına uluslararası bir bakış açısı kazandırmak istediler. Aslında bunu yapmak zor değildi; çünkü ülkeler arası alan benzerlikleri, farklılıklarına oldukça ağır basıyordu. Buna karşın, farklı ülkelerin desteklediği ve farklı ülkelerdeki uygulamacıların bilgilerini paylaşarak birbirlerine ilham verebildiği alanın belirli bakış açıları üzerinde zaman zaman vurgular söz konusudur. Klinik psikolojinin, sağlık hizmetlerinin ülkeye özgü olduğu sistemlere yerleştirilmiş olması aynı zamanda, daha iyi bir hasta bakımı sağlar ve başka bir yerdeki uygulamaya davet edebilen yenilikçi yöntemlerin tanımlanmasına ve karşılaştırılmasına olanak sağlar.

Neden ihtiyaçlarımızı karşılayabilecek başka bir kitap bulamadık? Bunun birçok sebebi var. Bunların başında, hem Wolfgang hem de Paul'ün daha önceden var olan metinlerin kapsamlarının çok dar olduğunu ve kimi zaman alandaki eskimiş görüşlerin hâlâ ortaya konulduğunu düşünmeleri gelir. Ayrıca, klinik psikolojide eski metinlerdeki hakim olan bir alışkanlık da, metnin başlangıç kısmının fazlasıyla uzun bir tarihçe kısmıyla başlamasıdır. Klinik psikolojideki gelişmeler açısından, içeriği ve esas konuları kavramanın önemli olduğunu kabul ederken, *bugünden* başlayarak, klinik psikologların her geçen gün hangi çeşit sorunları çözdüğünü değerlendirerek ve çalışmalarından elde ettikleri memnuniyet uyandıran sonuçları betimleyerek, öğrencilerde daha fazla merak duygusu uyandırdığını düşünüyoruz. Günlük gerçekliklerin bu şekilde sunuluşu, gün içindeki görevleri tamamlamak ve sorunları çözmek için gerekli olan araçları değerlendirmeye zemin hazırlar. Bu yaklaşımı canlandırmak için; araçları sunup, ahlaki doğruları, değerlendirmeleri, tedavi sonuçlarını detaylı bir şekilde inceleyip terapide neyin işe yarayıp neyin yaramadığıyla ilgileniyoruz ve geleceğin bizi nereye götüreceğiyle ilgili soruları gündeme getiriyoruz. Bu kitabın amacı sadece klinik psikoloji hakkındaki gerçekleri öğretmek değil; aynı zamanda öğrencilerin adeta bir klinik psikolog gibi düşünmelerini teşvik etmek ve bilimin, deneyimin, ahlaki davranışların yanı sıra önsezilerin, profesyonel kimliğimize nasıl işlediğiyle ilgili bütünleşmiş bir algı geliştirmektir.

Klinik psikolojiyi gerçekçi ve zamana uygun bir biçimde hazırlamaya çalışarak okuyucuda merak duygusunu uyandırmanın yollarını arıyoruz böylece okuyucu tamamen metne odaklanıp tıpkı bir korku filminde olduğu gibi kimin, nerede ve neden yaptığını bulmaya çalışacak ve "bahçıvanın işlediği cinayet az kalsın nasıl da cezasız kalacaktı?' gibi sorulara cevaplar bulmaya çalışacak.

Bu kitabı farklı kılan başka şeyler:

- Klinik psikolojiyi, bütünsel yaklaşımı ele alan ve psikosomatik olarak zihinsel ve fiziksel çağdaş sağlık hizmeti sunan bir meslek olarak tanımlıyoruz; ayrıca bu kitap klinik psikolojiyi, yalnızca zihinsel bir sağlık hizmeti alanı olarak görmemektedir.

- Biyolojik/Fizyolojik değerlendirmelerin önemini kabul ediyoruz çünkü daha önceden yazılmış hiçbir metin sadece bahsetmenin dışında (onu da yapıyorsa!) fizyolojik ölçümleri içermiyordu.
- Bu kitap, ülkeler arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları betimlemenin yanı sıra klinik psikolojinin farklı bağlamlarda ne şekilde uygulandığını anlatmaya çalışarak konulara uluslararası bir bakış açısı ile bakıyor.
- Bu kitap, klinik psikolojinin sağlık hizmeti olarak nasıl değiştiğini kabul eder; eğitim modellerinin ve uygulama örüntülerinin bu tür değişikliklere uymasına ihtiyacı olduğunu vurgular.
- Terapi sürecindeki değişimin canlı doğasına karşı ve farklı yaklaşımların bir diğeri içine nasıl girdiğine, dışarıdan nasıl etkilendiği ve büyüdüğüyle ilgili yeni bir bakış getirmeye çalışıyoruz.
- Hep aynı tip psikologlar için metin oluşturarak ve tedavi gerekçelerinin bireysel problemlere, onların tarihine ve hastanın yaşadığı çevreye nasıl uygun hâlâ getirildiğini ve değerlendirme yapmanın deneme yapmaktan çok daha fazla olduğunu vurgulayarak tipik psikologların çözmesi gereken problemlere heyecan katmaya çalıştık.
- Psikanaliz ve psikanalitik psikoterapiler henüz hızını kesmedi ve ortadan kaybolmuyor bunun yerine onlar gelişmeye ve ilgi çekmeye devam ediyor.

Klinik psikolojinin, bazı yüksekokul ve üniversitelerde bir dönemlik ders olarak okutulduğunu biliyoruz ancak bazılarında ise bir senelik ders olarak okutulmaktadır. Bu kitabın bir dönemlik ya da iki dönemlik dersler gibi olduğunu farz edersek, dersler tek bir dönemi kapsıyor olsa bile öğretim üye/görevlilerinin kitaptaki bütün bölümleri detaylı bir şekilde işlemesine gerek yoktur. Dolayısıyla, kitabı 19 bölüm halinde oluşturmayı planladık ve bölümlerin birbiriyle alakalı konularını, tamamen birbirlerinin dışında tutabildik ya da öğrencilere ayrılmış okuma kısımları olarak bırakabildik. Bu durum daha çok 2. Bölüm için uygundur (yüksekokula ve psikologların kariyer yoluna nasıl adım atılır). Yenilikçi terapiler, sağlık, adli psikoloji, çocuk klinik psikolojisi, psikofarmakoloji ve 19. Bölüm (geleceğe dışarıdan bakış) gibi alt uzmanlık alanları üzerine bölümler ya da kısımlar. Bölüm sunumunun dizilişi, Wolfgang Linden'in 20 yılı aşkın eğitim tecrübelerine dayanarak oluşturduğu derslerini kapsayan konu dizilimine göre saptanmıştır ve öğrenci görüşleri, bu sıranın iyi bir şeklide sunulduğunu belirtmiştir.

Bu kitapla alakalı olan terminoloji kullanımı ve belirli konuları için okuyucuyu harekete geçirmek istiyoruz. Zihinsel sağlık alanı çerçevesinde, hizmet alan bireyler *hastalar, danışanlar* ya da *kullanıcılar* olarak adlandırılır. "Hastalar" terimi daha çok hastanelerde ya da tıbbi çevrelerde kullanılır, oysa "danışanlar" terimi genellikle özel muayenehanelerde kullanılır. "Hasta" kavramı, bireyin acı veya sıkıntı içinde olduğu ve bir "iyileştirici"nin de olaya dahil olduğu fikrini aklımıza getirir, "danışan" ise terapist ve danışan arasında genellikle iki taraflı bir anlaşmanın olduğu tanımlamayı içinde barındırır. Ayrıca "danışan", terapi süreci (ya da değerlendirme) üzerine, genellikle hastane ortamındaki hastalar için doğru olandan daha fazla danışan kontrolüne sahip olduğu anlamına gelir. Felsefi açıdan bakacak olursak, en nihayetinde hiç kimsenin tedavide pasif danışan olarak görülmediğini umuyoruz ve bunun yerine hastalara tedavi altındaki arkadaşlarımız gibi davranıyoruz. Bu kitabın birçok farklı alanda sayısız klinik uygulama örnekleri sunduğunu düşünürsek, "hastalar" ya da "danışanlar" terimlerini değiştirilebilir bir biçimde kullanmaktayız ve okuyucunun, farklı zamanlarda bir terimi başka birinin yerine seçmesi için bazı temel gerekçeler aramasını istemiyoruz.

"Kullanıcı" terimi çoğunlukla gönüllü zihinsel sağlık örgütlerinde çalışan ya da bu örgütlerden hizmet alan bireyler için kullanılır. Kâr amacı gütmeyen bu yardım örgütle-

rinin felsefesi, motivasyon sağlamaktır ve daha fazla hiyerarşik olarak teşkilatlanmış tıp dünyasının ve onun patolojikleşen markalarının terminolojisini reddetme eğilimdedirler. Bu alanda "kullanıcı" teriminin uygunluğunu ve mantığını tanıyıp kabul ederken, bu ders kitabı için sıradan bir biçimde "kullanıcı" terimi uygulanmamıştır.

Klinik psikoloji dünyası; kadın ve erkekten, sağlık uzmanı ve danışan rollerinden ayrıca farklı kültürdeki insanlardan, ten renklerinden, dinlerden ve cinsel yönelimlerden ibarettir. Tüm rollerde her iki cinsiyetin tam temsilini tanımak ve uyumsuz bir terim olan "onlar" kelimesinin yapmacık kullanımından kaçınmak için, hem hastaları hem psikologları hem de diğer bireyleri tanımladığımız zamanlarda rastgele bir şekilde hem bayanlar hem de erkekler için ayırt etmeksizin "o" kelimesini kullanıyoruz. Eğer bir polis memurunu veya bir hemşireyi yalnızca "o" olarak tanımlarsanız, hiçbir durumda okuyucu, cinsiyete özgü bir ön yargının ima edildiğini düşünmez. Aslında, bu tür klişelere karşı gelen cinsiyet etiketlerini kullanmak için zaman zaman çaba sarf ettik.

Klinik psikologlar, sağlık hizmeti dünyasında girdiklerinde, hemşireler ve hekimler olarak adlandırılan iki sağlık hizmeti uzmanı tarafından hükmedilen bir dünyaya girerler. Aslında, birçok insan sağlık hizmeti sisteminin, sadece hekimler ve hemşirelerden oluştuğunu düşünür ve ne yazık ki bu tanımı bıktırıncaya kadar kullanan medyada bu durum aynı derecede yaygındır. Birçok farklı sağlık hizmeti uzmanının var olduğu halkın içinde, bilinçlenmenin artmasına etkin bir şekilde katkı sağlamak için tüm klinik psikologlara destek vermek istiyoruz. Ders verdiğimiz üniversitede, sağlık hizmeti uzmanı olmak için eğitim alınış farklı uzmanlar 11 (!!) den az değil. Elbette ki, sağlık hizmeti sisteminde diğer sağlık uzmanlarından daha fazla sayıda hemşire ve hekim vardır, fakat bu basit bir şekilde şu anlama gelir; diğer sağlık hizmeti uzmanlarının kendi bireysel görünürlüklerini arttırmak ve kendilerini pazarlamak için daha fazla ses çıkarmaları gerekmektedir. Benzer bir şekilde, klinik psikologların hekimleri doktorlar olarak tanımlamasının kafa karıştırıcı ve kendilerini sabote etme alışkanlığına uymalarından vazgeçirmeye çalışıyoruz. Net olmayan geleneksel nedenler yüzünden, Kuzey Amerika'daki tıbbi meslekler genellikle doktorlar olarak tanımlanır fakat "doktor" teriminin köküyle tıp arasında herhangi bir bağlantı yoktur. "Doktor" kelimesi Latincede öğretmek anlamına gelen "docere" fiilinden gelir. Bu nedenle, doktor olarak adlandırılan kişi bir öğretmen veya bilim adamıdır ve aslında üniversitelerin çok kapsamlı bir şekilde eğitim almış bilginler için "Dr." unvanını verdiği bin yıllık eski bir geleneği vardır. İlginç biçimde, eğitimli İngiliz bir hekime, doktora unvanı yerine tıp lisansı derecesi (MB) verilir. Ayrıca, bu unvan karışıklığı diğer dillerde bulunmamaktadır, örneğin İspanyolca konuşan insanlar "Medico", Fransızlar "Medicin" ve Almanlar da "Arzt" unvanını kullanırlar. Psikologların sağlık hizmetleri sisteminde hak ettikleri yeri almaları için zor bir şekilde kazanılmış "Dr." unvanını etkin olarak kullanmaları ve hekimleri doktorlar olarak tanımlayarak kendi uzmanlıklarının gücünü namertçe azaltmalarından kaçınmak için, doktora derecesinde eğitim görmüş psikologları destekliyoruz.

TEŞEKKÜR YAZISI

Üniversite öğrencileri için ders kitabı yazmak, hayatlarının çoğunu "ders kitabı bitene kadar" diyerek askıya alan kendini adamış yazarların yaptığı devasa bir girişimdir; kendilerine destek olmaları için ailelerine; öneriler, eleştiriler ve zaman zaman da övgüler yapan meslektaşlarına ve her zaman arkalarında duran bir editöre ihtiyaç duyarlar.

Kendi alanımızda, Alena Talbot Ellis, MA (bu kitap üzerinde çalışmaya başlamadan önce 2 yıl Wolfgang Linden'in dersini almıştı); Roanne Millman, BA; yorulmak bilmez Victoria Bae, BA; Jonathan Blasberg, BA; Jacqueline Hewitt; Melanie J. Phillips, BSc; Heather Roxborough, MA ve bu kitabın bölümlerini okuyup geri bildirimde bulunan

Christopher Siu, BA gibi özenli ve çalışkan editör asistanlarımız vardı. Arkadaşlarımız ve meslektaşlarımız kitabın bazı bölümlerini iyi niyetli bir şekilde okuyup yorumlar yaptılar ve çocuk kliniği psikolojisi ve psikofarmakoloji üzerine materyallerimize eleştirel okuma yaptıkları için Charlotte Johnston, PhD, Roy O'Shaughnessy, MD ve Mark Gelfer, MD için her birine ayrı ayrı teşekkür ediyoruz. Aynı zamanda, yıllar boyu meslektaşlarımız ve öğrencilerimiz ile gerçekleştirdiğimiz birçok söyleşi; fikirlerin, eleştirilerin ve bu çalışmada sunulan fikirleri etkileyen muhalif bakış açılarına katkıda bulunmuştur. Teşekkür edilmesi gereken ilk büyük grup, senelerdir Wolfgang Linden'in klinik psikoloji dersini ve Paul Hewitt'in çeşitli klinik derslerini alan, onlara katılan ya da sayısız konu üzerine canlı sınıf içi tartışmaları tetikleyen 1000'den fazla öğrencidir. İsteklilikleriyle dikkatli olmamızı sağlayan ve meraklarıyla alanımız hakkındaki heyecanları ile katkı sağladıkları için onlara teşekkür ederiz. Yıllar boyunca alan hakkında nasıl düşündüğümüz ve dersin nasıl verilmesi gerektiği ile ilgili kararların şekillenmesine yardımcı olan Samuel Mikail, Gordon Flett, Simon Sherry, Dayna Sherry, Brandy McGee, Carol Flynn ve Lindsey Thomas'a özellikle teşekkürlerimizi sunuyoruz. Ayrıca, fikirlerimize, düşüncelerimize ve klinik psikolojiyi anlamlandırmamıza şekil vermekte ve yol göstermekte yardımcı olan yıllarca gördüğümüz birçok hastaya ve danışana da teşekkür etmek isteriz.

Kitabımızın taslağını eleştirel olarak baştan sona gözden geçiren aşağıdaki meslektaşlarımıza fazlasıyla şükran borçluyuz: Sheryl Reminger, Illinois Üniversitesi, Springfield; Karen Mottarella, UCF Palın Bay Kampüsü; Jim Sullivan, Florida State Üniversitesi; Daniel Niederjohn, Kennesaw State Üniversitesi; Augustine Osman, San Antonio-Texas Üniversitesi; Cole Barton, Davidson Koleji; David Gard, San Francisco State Üniversitesi; Hal Arkowitz, Arizona Üniversitesi; Denise Sloane, Temple Üniversitesi; Wesley Allan, Greensboro-North Carolina Üniversitesi; Steven L. Berman, Central Florida Üniversitesi; Kimberly Wilson, Stanford Üniversitesi; Amanda Schurle Bruce, Penn State Üniversitesi; Barb J. Heine, California Üniversitesi, Irvine. Onlardan gelen düşünce ve sözler zayıf noktaları teşhis etmek ve dengeli bir kapsam elde etmek açısından çok önemliydi.

Jeff Marshall, Prentice-Hall'da bizim kazanım editörümüzdü ve açık yüreklilikle heyecanı ve başlangıç aşamasındaki desteği için müteşekkiriz. Kitabımızın ilk tanıtım broşürünü okuyup cevap verdiğinde, onun da heyecanlandığını biliyorduk. Yayın kadrosu, Kara Kikel, Laura Barry, Kerri Hart-Morris ve kıdemli editör Susan Hartman'a son aşamaya kadar bizi destekleyip yön gösterdikleri için teşekkür ediyoruz. Jerusha Govindakrishnan, dilin homojen kullanımını, bütünlüğünü ve biçimdeki tutarlılığının oluşumunu temin ederek çalışkan metin editörümüz olarak bize yardım etti. Güzel görüşün ve sabrın için sana şükranlarımızı sunuyoruz.

Ders kitabı yazarları, yayıncı aracılığıyla değerlendirmelerde bulunan ve geri bildirim yapan meslektaşlardan gelen düşünce ve sözleri aldığı için (en azından başlarda anonim olarak) aynı zamanda iyi bir servete sahiptir; onları işi yazarların egosunu pohpohlayıcı geri bildirimlerle okşamak değil eleştirel bir tutum takınmak ve ürünün, biçimin, söylemin, kapsamın, derinliğin ve benzeri gibi konuların tüm yönleri hakkında yorum yapmaktır. Ders kitabını kabul ettirmek adına kitabın çekiciliğini maksimuma çıkaran değişiklikler yapmak için bize bir şans veren eleştirel geri bildirimlerinden dolayı (önceden söz ettiğimiz) meslektaşlarımıza kalpten şükranlarımızı sunuyoruz. İşlerin yolunda gittiği yerlerde yukarda bahsettiğimiz tüm bireylere borçluyduk; işleri berbat ettiğimiz noktalarda ise hepsinin suçlusu kendimizdik. Sonuncu fakat bir o kadar da önemli olarak, öğrenci ve fakülte geri bildirimini gerçekten baş üstünde tutuyoruz; bize yazmaktan ya da gelecek baskılar için gerekli düzeltmeler hakkında yorumda bulunmaktan lütfen çekinmeyin.

EDİTÖRÜN SUNUŞU

Nobel'le iş birliği yaparak daha önce "ÖĞRENME TORİLERİ" ve "FİZYOLOJİK PSİKOLOJİ'NİN" çevirisini yapmıştık. Ayrıca farklı yayınevleri ile de Kişisel Gelişim ve Psikoloji alanından üç eserin çevirisini yaptık. Şimdi Nobel'le birlikte üçüncü bir başvuru kitabının (Toplamda 6. Kitabın) "KLİNİK PSİKOLOJİ" kitabının çevirisini yaparak, bu alandan çalışan öğretim üyelerine ve psikoloji öğrencilerine yeni bir başvuru kitabını sunuyoruz. Son yıllarda öğretim üyelerinin büyük motivasyonu ve Nobel'in desteği ile psikoloji alanında çok önemli esereler Türkçe'ye çevrildi ve alandaki Türkçe kaynak sıkıntısı önemli ölçüde giderilmeye başlandı. Artık bizden sonra gelen kuşaklardan, veri tabanlarından ve çok zengin kaynaklardan yararlanarak özgün kitaplar üretmelerini bekliyoruz. Türkçe yazılmış bazı temel eserlerin, başka dillere çevrilmesi en önemli hedeflerden biri olmalı.

Nobel'in Genel yayın yönetmeni Sn. Nevzat Argun'la, bir konuşmamızda "KLİNİK PSİKOLOJİ alanında öğrencilerin yararlanabileceği hiç Türkçe kitap yok." dedim. Nevzat Bey, "Hocam hemen bu alanda yazılmış kitapları araştıralım." dedi. Yayınevlerinden gelen kitapları incelemeye başladık. Bu kitabın alandaki insanlara yardımcı olacağına karar verdik. Nobel tarafından telif hakları alındı ve biz çeviriye başladık. Çeviri süreci 1 yıl sürdü.

Bu kitabın çevirisini yapacak olan uzman arkadaşlara ulaştım; yılmadan, yoğun bir tempo ile çalışmaya başladık. Yayınevinin çalışanları ile meslektaşlarımla insanlara yardım ve hizmet etmeye kendilerini adamış değerli akademisyenlerle amatör bir anlayışla, özveri ile çalıştık. Bu çalışmada pek çok insanın desteği ve katkısı oldu. En önemli destek Değerli arkadaşım Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby'den geldi. Üç bölümün çevirisini çok hızlı ve güzel bir üslupla yaptı, verdiği katkı için teşekkür ediyorum. Daha sonra ekibi dahil olan Klinik Psikolog Murat Artıran çok büyük bir katkı verdi. Amerika'dan Hızır gibi geldi ve en çok çeviriyi o yaptı. İhtiyaç duyduğum her an bana destek oldu. Yaptığı her çeviri ile mükemmele yaklaştı. Kendisine verdiği bu büyük destek için teşekkür ediyorum. Değerli meslektaşım Dr. Selen Ayas çok yoğun bir çalışma temposunun içinde idi, bu yoğun temponun içinde iki bölümün çevirisini yaparak destek verdi. Ona çeviri sırasında şekilsel düzenlemelerde, öğrencim ve meslektaşım Sema Kaya destek verdi. Destekleri için kendilerine teşekkür ediyorum. Daha önce Fizyolojik Psikolojinin çevirisi sırasında katkı veren Psikiyatrist Uzm. Dr. Utkan Tiyekli bu çalışmada da iki bölümün çevirisi ile önemli bir katkı sağladı. Kendisine katkıları için teşekkür ediyorum. Çeviride hızlanmamız gerektiği ve yardıma ihtiyaç duyduğum bir anda Uzm. Sosyal Psikolog Petek Akman'dan destek istedim. İki bölümün çevirisine katkı verdi yaptığı çeviriler çok akıcı ve güzel bir üslupla geldi; verdiği katkı için kendisine teşekkür ederim. Birer bölümün çevirisi ile katkı veren Uzm. Psikolog Selgün Yücel'e, Uzm. Klinik Psikolog Ceylin Özcan'a, Psikolog Alper Yahyagil'e, Yrd. Doç. Dr. Alper Engeler'e ve Dr. Engin Eker'e teşekkürlerimi sunuyorum. Çok büyük bir sabırla ve özenle tek başına indeks gibi teknik bir bölümün ve ön sözün çevirisini benimle iş birliği içinde yapan öğrencimiz Aslı Sökmen'e verdiği katkı için teşekkür ediyorum.

Yaptığım çeviriler, editler, uzun okumalar sırasında eşim Nilbahar Şahin hep yanımda idi. Bana destek oldu ve çalışmalarımı kolaylaştırdı. Kendisine verdiği destek için teşekkür ediyorum

"Klinik Psikoloji" kitabının bulunmasında ve yayın haklarının alınmasında ve çalışmanın her aşamasında verdiği destek için Genel Yayın yönetmeni Nevzat Argun'a; yayın ekibinin oluşturulmasında çalışmaları organize eden Yayın Yönetmeni Pınar Gülter'e; kitabın mizanpajını ve jenerik çalışmalarını başarıyla çok yoğun bir emekle, sabırla yapan, yaptığımız Word metinlerini kitabın orijinal formuna dönüştüren Emel Yıldız ve Savaş Güler'e; son redaksiyonlarda değerli katkılar veren Nairı Dilek ve Taliha Aslan'a katkıları için teşekkür ederim. Kapak tasarımını ince bir estetik anlayışla yapan İlknur Güçlü'ye, kitabın basımda çalışan, emek veren herkese ve basım aşamasında orada bu çalışmaları büyük bir titizlikle yapılmasını sağlayan Halil Yeşil ustaya, matbaa çalışanlarına ve tanıtım ve pazarlama işlerini yürüten Sadık Küçükakman ve Volkan Kurt'a katkıları için teşekkür ederim.

Bu kitabı sizlere sunarken psikolog, klinik psikolog formasyonu kazanmanızda size katkıda bulunacak bu kitapla insanlara daha yararlı olabileceğinize tüm kalbimle inanıyorum. Okuduğunuz her bilgiyle yolunuz aydınlansın, insanların aydınlanması için insanların kişisel yolculuğunda ışık olun.

Çeviri Editörü: Muzaffer Şahin Ph.D.

1. BÖLÜM

KLİNİK PSİKOLOG OLMAK*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Bu kitabın yazarları, klinik psikoloji mesleğini güçlü ve açık bir şekilde tanımlamışlar ve klinik psikolojinin ayrı bir meslek olduğu fikrinin ateşli savunucuları olmuşlardır. Bu bölümün amacı, mesleğin sınırlarını belirgin hâle getirmek ve bu mesleğe başlarken duyduğumuz, on yıllık bir uygulamadan sonra bile hiç değişmeden aynı şekilde devam eden bu büyük heyecanı size aktarmaktır. Bu bölüm için öğrenme hedefleri şunlardır:

- Klinik psikologların işlerini yaparken karşılaştıkları farklı sorunları değerlendirmek ve bu işi yetkin bir biçimde yapabilmek için uzmanlık kriterlerini belirlemek.
- Bir klinik psikoloğun eğitimi sırasında dahil olacağı eğitimleri anlamak.
- Bu görevleri yaparken psikologların uğraştığı etik sorunları anlamak.

MESLEĞİ TANIMLAMA

Klinik psikologların hasta görebilmesi; terapi, danışma, araştırma yapabilmesi için; klinik psikologların eğitimi için yasal değerlendirmeler: Mesleğin "özgün" olduğu söylense de, yine de bazı açıklamalar yapılabilir. Psikoloji ile ilgili uzmanlık alanları; psikolojinin içindeki belirli alt soru kümeleri veya sorgulama alanlarına göre tanımlanmıştır: Örneğin; Gelişim psikolojisi, büyüme ve değişimle ilgilenir. Biyolojik psikoloji, biyoloji, fizyoloji ve davranışın ilişkisi ile ilgilenir. Kuşkusuz, her iki alan diğer alanda yapılan araştırma ve uygulama alanları hakkında bilgi edinir. Klinik psikoloji alanında bir yandan günlük sağlık sorunlarını çözmek için psikoloji içindeki diğer alt uzmanlık dallarındaki bilgilerden yararlanılırken; diğer yandan da bilimsel eğitimler verilir. Klinik psikologlar, aktif bir biçimde klinik uygulamalarla ilgili soruları araştırırlar; diğer yandan yeni içgörü ve düşünceleri besleyen klinik deneyimleri, yeni araştırmaları kullanırlar.

* Çeviren: Dr. Muzaffer ŞAHİN

Fikirlerin bu iki yönlü akışını tanımlamak için en sık kullanılan "bilim insanı-uygulayıcısı" terimleridir. Bir ölçüde klinik psikoloji psikiyatri ve sosyal hizmet ya da psikolojik danışmanlık gibi ilgili disiplinlerden farklı olarak nasıl tanımlanabilir (Açıklama bölümü 1.1: Klinik psikolog, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanı arasındaki farkı açıklar.).

Klinik psikoloji eğitiminin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra farklı bir uzmanlık alanı olarak var olmaya başladığı bilinmelidir. O tarihlerde, klinik psikologların sahip olmaları gereken bilgi ve uygulamaların nasıl öğretilmesi gerektiği somut hâle getirilerek tanımlandı. Bilim insanı-uygulayıcısı modeli ile uyumlu olarak tüm öğrencilere, pratik ve uygulama yaparken klinik psikolojinin asgari temel bilgilerinin ve gerekli becerilerinin kazandırılması için eğitim almasının gerekli olduğuna karar verildi. Bu karar, Boulder (Colorado) Konferansı olarak adlandırılan konferansta verildi. Bu yüzden bilim insanı-uygulayıcısı modeli zaman zaman Boulder model olarak adlandırılır. Bugün, klinik psikoloji genellikle iyi yapılandırılmış, akredite eğitim programları aracılığı ile öğretilmektedir; bu programlar mezunların, sağlık hizmetleri veren kurumlarda klinik psikolog kimliğine sahip olmalarını sağlar (Linden, Moseley ve Erskine, 2005). Detaylı bir öykü yerine okuyucuya, üç farklı klinik psikolog ve bir klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi hakkında bilgi vereceğiz. Onların tipik bir iş gününü ve yaşadıkları zorlukları açıklayacağız.

Bir yüksek lisans öğrencisinin ve üç psikoloğun günlük hayatlarının detaylı açıklamalarının bileşimi, klinik psikologların yaptığı işi açık ve net bir şekilde anlamanızı sağlayacaktır. Özel çalışma ortamlarının hiçbiri mevcut durumlar üzerinde eleştirileri yansıtmak niyeti ile yapılmamıştır.

Klinik yüksek lisans öğrencisi akademik eğitimin tam orta noktasında bulunmaktadır. Bir hastane ortamında çalışan; özel bir muayenehanede çalışan; bir üniversitede profesör olarak çalışan üç klinik psikoloğun çalışmaları tanımlanacaktır.

DÖRT FARKLI PSİKOLOĞUN SORUNLARI VE SORUMLULUKLARI

Bir Klinik Psikoloji Öğrencisi

Tipik Bir Günün Tanımlanması

Vincent S'nin klinik yüksek lisans programında 4. yılı. Vincent S'nin başkalarına yardım etmek için güçlü bir arzusu bulunmaktadır; Vincent, insanların fonksiyonlarını ve arzularını klinik çalışmalar ve araştırmalarla anlama merakı yüzünden klinik psikoloji programına girdi. Onun hayatında makul ve "tipik bir günde", araştırma ve klinik çalışmaları içeren eğitim faaliyetleri ile ilgili yoğun bir program bulunmaktadır.

Psikopatolojinin (yani, anormal davranışların) konularından biri olan somatoform bozukluk modellerinin detaylı analizleri üzerinde tartışma ve tedavi seçenekleri ile ilgili 3 saatlik bir seminere katılacaktır. Vincent ve beş sınıf arkadaşından, bu alanda yazılmış kaynakları ve eleştirel analizleri okumaları bu konuyu destekleyen ve yeterince desteklemeyen çeşitli teorik modelleri değerlendirmeleri beklenmektedir.

KUTU: 1.1

KLİNİK PSİKOLOG KİMDİR?

Kemerlerinizi bağlayın. Psikoloji alanında lisans diplomanız varsa veya psikoloji lisans öğrencisi iseniz, siz bir klinik psikologsanız size çeşitli aile toplantılarında veya farklı sosyal ortamlarda bir psikiyatrist ve bir psikolog arasında ne gibi farklar olduğuna ilişkin sorular sorulacaktır. Her iki gruba da "deli doktoru" diyenlere, bu tür sinir bozucu sorularla sizi rahatsız edenlere verilecek standart tanımlar şunlardır:

Psikolog, psikoloji alanında bir bilim insanı ve/veya klinisyen olarak çalışır—davranış ve bilişin de dahil olduğu insan zihnini sistematik olarak araştırır. Psikologlar uzmanlık alanlarına göre sınıflandırılırlar. Toplumda en çok tanınan alt grup "klinik psikolog" sağlık alanında çalışır ve davranışların değerlendirmesini yapar ve psikolojik tedaviler yapar.

Klinik psikolog, Kuzey Amerika'da, **klinik psikoloji** alanda mesleki eğitim veren bir okuldan Psikoloji Doktorası (PsyD) derecesi almıştır veya üniversitelerin psikoloji bölümlerinde eğitim alarak Bilim (Felsefe) Doktorası (Doctor of Philosophy-PhD) derecesi elde etmişlerdir. Klinik psikolog olmak için lisans derecesinden sonra lisans üstüne 6-7 yılı aşan bir eğitim süresi bulunmaktadır. Klinik psikologları diğer ruh sağlığı uzmanlarından ayrı kılan, bilim ve uygulama alanında dengeyi gerektiren uzmanlık eğitimidir (bk. Linden ve ark., 2005.). Avrupa ülkelerinin çoğunda ve Avustralya'da, klinik alanda bağımsız çalışabilmek, işyeri açabilmek ve fatura düzenleyebilmek için, bu alanda yüksek lisans derecesi düzeyinde eğitim ve bu eğitime ek olarak mezuniyetten önce süpervizyon (gözetim altında eğitim) alınması gerekmektedir.

Psikolojik danışman, çeşitli açılardan klinik psikoloğa benzer ama eğitimi yüksek lisans düzeyindedir eğitimi; lisans eğitiminden sonra 2-3 yıl sürer.). Eğitimi daha kısa sürer ve tanısal düzeyde daha hafif rahatsızlıklara bakar. Pek çok açıdan eğitimi ve çalışmaları klinik psikologlara benzer ancak (yüksek lisans eğitimi 2-3 yıl sürer), psiko-tanısal değerlendirmelerde daha az eğitim ve uzmanlığa sahiptir ve psikoz veya ağır kişilik bozuklukları ile daha az çalışırlar.

Psikiyatristler, hekimdirler Kuzey Amerika'da tıp eğitimi (MD) derecesi aldıktan sonra zihinsel hastalıkları biyolojik temelli tedavi edebilme yetkisine sahip olurlar. Psikiyatristler tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra davranış terapisi üzerine 4 yıllık uzmanlık eğitimi alırlar. Ayrıca tıbbi, biyolojik temelli eğitimleri onlara diğer zihinsel sağlıkla uğraşanlardan farklı olarak ilaç (reçete) yazma yetkisi verilmektedir. Kuzey Amerika'da, lisanslı bir psikiyatrist olmak için lisanstan sonra 8-9 yılı aşan bir eğitim süresi vardır.-

Profesyonel sosyal hizmet uzmanlarının başlıca görevleri vaka yönetimi (müşterilerinin şirketleri ve programları ile finansal ve psiko-sosyal ihtiyaçların karşılayacak bağlantıları vardır), tıbbi sosyal hizmet, danışmanlık (psikoterapi), insan kaynakları yönetimi, sosyal refah politika analizi, toplumsal örgütlenme, savunma, öğretim (okullarda sosyal hizmetler) ve sosyal bilim araştırmaları. Genellikle bazı sosyal hizmet uzmanları, yüksek lisans derecesine (MSW/MSH) sahiptir. Ayrıca onlar sıklıkla bire bir çocuk ve ailelere klinik hizmeti verirler. Sosyal hizmet uzmanlarının eğitimleri ve fonksiyonları psikoterapistlerinki gibi farklılıklar gösterir.

KUTU 1.2

VİNCENT S'NİN TİPİK BİR GÜNÜ

Zaman	Etkinlik
9 : 00–12 : 00	3 saatlik ileri psikopatoloji seminerine katıldı.
12: 00	Klinik süpervizyon oturumuna katıldı.
13: 00–1600	Hızlı bir öğle yemeğinden sonra, tez konusu ile ilgili makaleleri araştırmak için notlar aldı.
16: 00	Laboratuvarda ekip çalışmasına katıldı, daha ileri düzeyde olan bir yüksek lisans öğrencisi ona yaklaşan tez sunusu ile ilgili bir örnek sundu; laboratuvarda yeni bir çalışma protokolü yapmak için lojistik sorunlarla ilgilendi.
17: 00	Üniversitenin spor salonunda egzersiz yaptı.
18: 00	Akşam yemeğini yedi.
19: 00–21: 00	Psikoloji kliniğinde hasta gördü.

Klinik seminerin ardından, Vincent'in çok prestijli hukuk okullarında yapılacak yeni uygulamalara tepki gösteren, bu yüzden belirgin depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşayan bir hastanın tedavisini, bir süpervizör nezaretinde sürdürmesi planlanmıştı. Hastanın yüksek düzeyde bir başarıya ulaşma arzusu ve yeteneğini en üst düzeyde gerçekleştirme kaygısı vardı; Vincent de benzer kaygıları kişisel olarak yaşamış ve yaşamaya devam ediyordu. Vincent, kendi kaygılarının tedaviye müdahale edebileceği ya da en azından yargılarını bozabileceğine inanıyordu. İlk klinik gözetimde (süpervizyonda) Vincent'in kişisel sorununun terapi performansına etkisi, görüşlerinin ve duygularının tedavi sürecine nasıl yardımcı olabileceği ve nasıl olumlu katkı getirebileceği üzerinde tartışıldı. Gözetimi (süpervizyonu) izleyen seansta, Vincent hastanın sorunları ile daha iyi baş ettiğini hissetti. Sonra, Vincent tez konusuna ilişkin araştırma makaleleri okuyarak birkaç saat geçirdi. Tez, öğrencinin, psikolojinin belirli bir alanında yeni ve özgün bilgi üreten büyük ölçekli bağımsız olarak (bir öğretim üyesi gözetiminde olmasına rağmen) yürüteceği bir araştırma olmalıdır. Vincent, psikoloji alanında bir araştırma konusu belirlemiş; kişilik faktörleri ve intihar davranışı arasındaki bağlantıyı tez konusu olarak seçmişti. Bu alanda gerekli olan daha ileri araştırmaları belirlemek için ilgili literatür üzerinde çalışıyordu. O birkaç gün içinde tez danışmanı ile bir görüşme yapacak ve danışmanı ile birlikte yazılı olarak hazırladığı potansiyel araştırma sorularının gerekçelerinin detayları üzerinden geçeceklerdi.

Akşam yemeği molasının ardından, Vincent bölümün "öğretim kliniğinde" hasta görmek için aday oldu. Psikoloji kliniği tam zamanlı işleri olan müşterilerin taleplerini karşılamak için her hafta bir akşam açık tutulmaktaydı. İlk randevuda danışanla erken tamamlama yapıldı, bu nedenle onun aldığı notlar erken gözetimde (süpervizyonda) incelendi. Vincent hazır olduğunu hissetti. İkinci randevusu evliliklerinde zorluklar yaşayan bir çiftle "ilk oturumu" yaptı. Vincent, daha önce herhangi bir çiftin tedavisinde bulunmamıştı bu yüzden bir yandan onları görmek için çok istekli idi, bir yandan da çok kaygılıydı. Evlilik terapisi hakkında çok fazla vaka, kitap ve makale okumuştu. Bir yıl önce aile/evlilik tedavisi ile ilgili klinik dersler almıştı. Bu çift vakasına özel olarak ilk seansta nasıl bir yaklaşım göstereceğini klinik gözetmeni ile tartıştı. Son tedavi seansının bitiminde, vaka ile ilgili notlarını tamamladı ve ertesi gün için hazırlıklar yaptı.

Özgül Endişeler

- Vincent, eleştirilerin analizini ve hem teorik modelleri, hem de klinik araştırmaların sentezini nasıl yapacak? Bu modellerle ile ilgili nasıl bir araştırma hazırlayacak, nasıl tartışacak? Tüm bu çalışmaları tutarlı bir şekilde nasıl biçimlendirecek? (İlgili Bölümler: 4-13)
- Vincent, kendi kişisel sorunlarının hastanın tedavisini nasıl etkileyebileceği konusunda kuşkuludur ve bu konuda ne yapabileceğini biliyor mu? (İlgili Bölümler: 4 ve 10)
- Vincent, tezi ile ilgili literatürü nerelerde araştırıyor ve bir klinik araştırma projesi üretiyor mu? (İlgili Bölümler: 3-9)
- Vincent, uygun bir etik yapılandırma ve bu çifte maksimum yararı sağlayacak bir yapılandırmayı nasıl başlatabileceğini biliyor mu? (İlgili Bölümler: 4 ve 10-12)

Klinik Psikolog A—Genel Bir Hastane Ortamında Çalışma

[redacted]

Dr. Marisa A, klinik psikoloji eğitiminin yanında, davranışsal tıp alanında yandal eğitimi almıştı.
O büyük bir genel hastanede tam zamanlı olarak çalışıyordu. Çalışma zamanını iki eşit bölüme ayırarak (a) kanser ya da kalp hastalığı tanısı almış hastalarla (bireysel ve grup tedavileri yapmakta) ve (b) çeşitli alanlarda kurum içi konsültasyonlarda yardıma ihtiyaç duyanlarla (örneğin yeme bozukluğu programında veya organ nakli ekibine) çalışmakta idi.

O uzmanlık eğitimini iki yılda tamamladıktan sonra PhD eğitimini becerilerini geliştirebileceği çok geniş bir yelpazede iş fırsatlarının sunulduğu bir ortamda tamamladı. Dr. Marisa A, 15 yıldır bu hastanede çalışıyor ve doktor ve hemşire meslektaşları tarafından saygı görüyordu.

Bir akreditasyon komitesi, kanser kliniğinin, kanser hastalarının profesyonel destek ihtiyaçlarının büyüklüğünü sistematik işlemlerle belirlemede başarısız olduklarını söyledi. Bu yüzden, Dr. A'ya,-onu heyecanlandıran ve zorlayan kanser kliniği için bir sıkıntı tarama programı geliştirme-görevi verildi. Hastalar için bir aile

KUTU 1.3

MARİSA A'NIN TİPİK BİR GÜNÜ

Zaman	Etkinlik
9: 00	Ameliyat olan ve cerrahi servisinde iyileşen iki hastasını ziyaret eder; onlardan birine kalp nakli, diğerine de kroner baypası yapılmıştı. Onlarla dışarı çıktıklarında yaşam stillerini değiştirme ihtiyaçları ve planları üzerinde konuştu.
10: 00	Alkol sorunu olan bir hastanın olası bir karaciğer nakli için uygun olup olmadığı ile ilgili bir değerlendirme yaptı.
11: 00	Çokdisiplinli (multidisiciplinary) nakil ekibinin toplantısında organ nakli için bekleyenlerin başvuru listesi incelenerek kimin uygun olduğu belirlendi.
12: 00	Kafa yaralanmalarında oluşan sekellerle (doku bozuklukları ile) ilgili en son gelişmeleri öğrenmek için büyük bir oturuma katıldı.
13: 00	Borderline kişilik bozukluğu olan hastalar için özel bir klinik kurmayı planlayan, kendisinden bu konuda fikir almak isteyen bir meslektaşı ile öğle yemeği yedi.
14: 00	Hastanede staj sırasında değişik servislerde çalışan üç stajyer doktorun çalışmaları ile ilgili gözetim ve denetim yaptı.
15: 00	Maillerine göz attı ve saat 16:00'da yöneteceği grup çalışması için hazırlıklar yaptı.
16: 00	90 dakikalık kanser tedavisi gören hastalara, psiko-eğitsel bir grup çalışması yaptı.
17: 00	Psiko-eğitim grubu ile ilgili notlar aldı.
18: 00	Eve gitti.

destek ve danışmanlık hizmeti mevcut olmasına karşın, bu konuda bazı kuşkular vardı bu yüzden belirli bir eğitimi olan ve cesaretli hastalar ihtiyaç duyduklarında sesli yanıt sisteminden yardım alabiliyorlardı. Eğitimsiz ve cesaretsiz hastalar bu şanstan yararlanamıyordu.

Dr. Marisa zayıf okuma becerileri olan hastalar için bile kısa, kolay okunan, bir sıkıntı tarama aracı geliştirmeye karar verdi. Bu sıkıntı tarama aracı hızlı ve hassas en çok ihtiyaç duyan hastaların belirlenmesi sağlayacaktı.

Özgül Endişeler

Dr. A uğraşacağı konuları bilmek için bir soru listesi yaptı:

- Ölçülecek psikolojik özelliklerin en önemlisi hangisi olacak?
- Sıkıntı bu yeni araçla kolayca ölçülebilse bile, profesyonel desteğe ihtiyaç duyulacak sıkıntı veya anksiyete düzeyi nasıl belirlenecek? Farklı düzeylerdeki sıkıntı ve anksiyetenin giderilmesi için ne kadar profesyonel desteğe ihtiyaç olduğu nasıl bilenecek?

- Hastanede veya toplumda taranan sorunları ele alacak ve tanımlayabilecek yeterli kaynak olacak mı?
- Eğer birisi tanımlanan ihtiyaçların zamandan önce karşılanamayacağını biliyorsa tarama yapılmalı mı?
- Bu test nasıl gerçekleştirmeli, test soruları nasıl yazmalı ve sonuçları nasıl değerlendirmeli? Nasıl bir test oluşturmalı ki o test beklentileri ölçebilsin ve bir o kadar da güvenilir olsun?
- Test geliştirildikten sonra klinik personel onu kolaylıkla kabul edebilecek ve kullanabilecek mi? Test verimli bir şekilde nasıl kullanılacak?

Dr. A.'nın ihtiyaç duyacağı bu tür bilgiler ve zorlukları kapsayan etik konular için Bölüm 4'e bakınız; genel olarak sağlık sitemi ve tıbbi kliniklerin iç politikaları ve zaman zaman karmaşık yönetim anlayışı için Bölüm 17 ve 19'a bakınız; bunun yanında test geliştirilmesi ve uygulanması için daha teorik ve uygulama soruları için Bölüm 3 ve 6-8'e bakınız.

Klinik Psikolog B'nin Özel Muayene Ortamı

Tipik Bir Günün Tanımlanması

Dr. Ramin B, küçük bir toplumda özel muayenehanede çalışan bir klinik psikologdur; Onun çalışmaları yetişkinlerin çeşitli psikolojik problemleri tedavi ve ağırlıklı olarak klinik değerlendirmeler üzerine kurulu olsa da; o bunun yanında çocuklar ve ergenlerin değerlendirmelerinin, depresyon ve anksiyetenin de dahil olduğu belirli bozuklukların tedavisine de bakmaktadır.

Dr. B, eklektik bir yönelimi benimsemiştir. Ekletik yönelimde, bireylerin değerlendirilmesinde ve tedavisinde çeşitli klinik yaklaşımlardan yararlanılır. Bunun yanında Dr. B'nin temel teorik yaklaşımı psikodinamik bakış açısı ile uyumludur. O, hem psikodinamik ve hem de bilişsel-davranışçı teknikleri konusunda eğitim almıştır ve danışanın varolan problemine en uygun olacak yaklaşımı dikkatli bir şekilde seçmektedir.

Tipik bir gün, yakın ilişkilerinde, işinde ve ailesi ile ilişkilerinde uzun süredir tatminsizlik yaşayan, distimik belirtiler gösteren ve son zamanlarda belirgin bir depresif epizod geçirdiği teşhis edilen hastanın değerlendirilmesi ile başlar. Dr. B, bu hasta ile ilgili ilk verileri değerlendirdi: Nesnel ölçütlere göre ve görüşme sırasında, hastanın tepkilerine bakıldığında hastanın oldukça savunmacı olduğu açıkça görülüyordu. Projektif testten gelen bilgilerde savunmacı olduğuna ilişkin verileri desteklemekte idi. Hastadan alınan bilgileri değerlendirirken sınırlı bilgilere ulaşılmış olmasına karşın görüşme ve test verileri arasında tutarlılık görülmekteydi. Dr. B, bu hasta için elde edilen verilerin ışığında en iyi tedavi yaklaşımını belirlemek için çalıştı. Bunun yanında o hastanın konuşmama isteğine de saygı gösterdi, Dr. B, hastanın bazı durumlarda "tamamen açık olmama ve konuşmamasının" distimik bozukluk ve son zamanlardaki depresyon epizodunda bulunma kriterlerden biri olabileceğini gördü.

KUTU 1.4

DR. RAMİN B'NİN TİPİK BİR GÜNÜ

Zaman	Etkinlik
09: 00	Saat 10'da başlayacak bir değerlendirmeye hazırlanmak için tıbbi bir grafiği okudu.
10: 00-12: 00	Depresyonu yüzünden son zamanlarda hastalık raporu almış olan bir danışanın klinik değerlendirmesini yaptı. Bu yapılandırılmış bir görüşmedir ve standart kişilik testlerinin yardımı ile müşterinin sigorta şirketine rapor hazırlamak için yapılmaktadır.
12: 00	Bilgiler belleğindeyken testlerin skorlarını vaka notlarını yazdı.
13: 00	Öğle yemeği yedi ve kendisini arayan kişilerin telefon çağrılarına cevap verdi.
14: 00	Yalnız yaşayan (dul) yaşlı ve demanslı hastaların tedavi planlarını yapan toplumsal bakım ekibi ile uzun bir konferansa katıldı.
15: 00	Depresyonlu bir hasta ile kişiler arası psikoterapi seansı yaptı.
16: 00	Mükemmeliyetçi olan ve aşırı temizlik alışkanlıkları olan obsesif-kompulsif bir hasta ile psikoterapi seansı yaptı.
17: 00	Boşanmayı düşünen bir çiftle evlilik terapi seansı yaptı.
18: 00	Vaka ile ilgili notlarını yazdı ve telefon mesajlarına cevap verdi.
18: 30 +	Eve gitti.

Hastanın bu davranış sitilinin, hastanın iletişiminde problemlere yol açabileceği, terapistle bile iyi bir çalışma ilişkisi kurma konusunda sorun yaşayabileceği görülmekte idi. Terapist olarak, hastaya, geri bildirim vereceği seansta öncelikle iletişim sorunlarının tedavinin odak noktası olduğunu açıklamaya karar verdi.

Bu hasta için yapılan erken değerlendirme çalışmasından sonra Dr. B, o gün uzun süredir görüştüğü bir hastayı görmek için hazırlanıyordu. Son oturumda, bu hasta ile Dr. B, hastanın özkıyım eğilimini tartışmaya başlamıştı ki Dr. B, riski ölçmek için oluşturulmuş bir dizi soruyu hemen değerlendirdi. Dr. B, az da olsa hastasının özkıyım riskinin olduğunu belirlemesine karşın notlarını yeniden gözden geçirdi ve neyin intihar eğilimleri tetiklemiş olabileceğini belirlemek için çalıştı. O gün hastayı gördüğünde hastanın özkıyım eğilimleri üzerinde değerlendirme yapmayı planladı. Daha sonra böyle bir durumda neler yapabileceğine ilişkin seçenekleri değerlendirdi. Eğer özkıyım olasılığı varsa hasta ile kontrat imzalanacak: Böyle bir durum ortaya çıktığında hasta birinin eşliğinde acilde kalacak; hasta varolan durumda alınacak önlemleri belirleyebilmesi için Dr. B ile bağlantı kuracaktı;

Dr. B, eğer intihar olasılığının düşük olduğunu veya böyle bir olasılığın olmadığını saptarsa, tedaviye daha önce olduğu gibi devam edecekti. Son olarak, 13 yaşında depresyonu olan özellikle üzüntü, kendini suçlama, öfke patlamaları ve zaman zaman şiddet içeren davranışlar gösteren çocuğun ebeveyni ve okul yetkilileri ile bir görüşme yaparak fikir alışverişinde bulunacaktı. Çocuğun değerlendirmesini temel alarak ailesinden ve okuldan destek alması ve hasta için destekleyici bir çevre oluşturabilmesi için çocuğa ve ailesine yardımcı olacak bir psikolog bulunmasını istedi.

Özgül Endişeler

Dr. B, elde ettiği projektif test sonuçlarının geçerli olduğundan emin olmasına karşın projektif testin yararlı olup olmadığı konusunda bir tartışmanın var olduğunun bilincindedir.

- Dr B.'nin değerlendirme bulgularının geçerliği ve hastanın potansiyel tepkisi ile ilgili olarak projektif test sonuçlarına dayanarak yaptığı atıf arasındaki uyum nasıl olacak? (İlgili Bölümler: 3 ve 5-7)
- Özkıyım eğilimi sergileyen hastanın güvenliğini sağlamak açısından etik kaygılar nelerdir? Riskleri değerlendirmenin uygun yolları nelerdir ve klinisyenlerin ihtiyaç duyduğu uygun tepkiler nelerdir? (İlgili Bölümler: 4-7)
- Dr. B, ergen, okul yetkilileri ve veliler ile görüşme yapmak için uygun eğitim almış mıdır? Acil tedavi için yardımcı olacak uygun bir klinisyen alınması konusunda onun sorumluluğu nedir? (İlgili Bölümler: 4 ve 9)

Klinik Psikolog Dr. Ann C—Akademik Bir Çalışma Ortamı

Dr. Ann C, akredite bir Klinik Eğitim Programı'nın dokuz öğretim üyesinden biri olarak, büyük bir üniversitede kadrolu bir Doçent olarak görev yapmaktadır. Beş lisansüstü öğrencisine süpervizyon vermekte ve anksiyete, depresyon ve ağrı tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar üzerine odaklanan bir araştırma programı ile ilgili bir araştırma yapmaktadır. O, lisans düzeyinde "anormal psikolojisi" dersini yürütmekte ve klinik yüksek lisans bölümünde okuyan lisansüstü öğrencilerine klinik alanda süpervizyon vermektedir.

Onun son araştırmaları, kişiler arası faktörlerin acılarının anlaşılması ve yönetimi üzerine odaklanmakta idi. Dr. Ann C, yaklaşan uluslararası konferans için bir program organize eden profesyonel bir dernekte aktif olarak çalışmaktaydı. Dr. C'nin yaptığı araştırmayı destekleyen iki büyük sponsor bulunmakta idi, bu araştırmada iki tam zamanlı araştırma koordinatörü, dört yarı zamanlı elaman ve bir doktora sonrası eğitim gören bir görevli ve sekiz lisans öğrencisi gönüllü olarak onun laboratuvarında çalışmaktadır. Olağan bir günde, laboratuvar arı kovanı gibi çalışılmaktadır. Dr. C, zaman zaman bu kadar büyük bir laboratuvarın yönetim işlerinin çokluğundan yakınmaktadır.

KUTU 1.5

DR. ANN C'NİN TİPİK BİR GÜNÜ

Zaman	Etkinlik
09: 00-12: 00	Dr. C, 3 saat ofisinin kapısını kapattı ve bilimsel raporunu yazmaya odaklandı.
12: 00-14: 00	Araştırma ekibi ile öğle yemeği yedi ve ton balığı sandvici yerken ve portakal suyu içerken tüm ekip üyeleri yayın kulübünün son makalesinde bulunan tartışmalı bir konu üzerinde tartıştılar. Sonra bir öğrenciye tez önerisi ile ilgili 30 dakika boyunca bireysel geri bildirim verdi.
14: 00-16: 00	Bir lisansüstü seminerinde deneysel temelli tedavi yapmayla ilgili seminer verdi.
16: 00	Özel muayenehanesinde hasta kabul etti.
17: 00	Telefon mesajları ve e-postalara cevap verdi.
18: 00-21: 00	Eve gitti, ailesi ile birlikte akşam yemeği yedi, ev ödevlerinde çocuklara yardımcı oldu.
21: 00-22: 00	Bir psikoloji dergisinin son sayısına göz gezdirdi.

Tipik bir güne, ofisinde araştırma yazısı üzerinde 3 saatlik bir çalışma ile başladı. Bir gün bu gözden geçirdiği derlemeyi bitirdiğinde büyük bir dergide yayınlamayı planlamaktadır (Bu yazının profesörlüğe terfi etmesine yardımcı olacağını düşünmektedir.). 12: 00-14: 00 saatleri arasında araştırma ekibi ile öğle yemeği yedi: Yemekte ton balıklı sandviç yedi ve portakal suyu içti. Yayın kulübünün tüm üyeleri son makale ile ilgili tartışmalı bir konu üzerinde tartıştılar. Dr. C'nin zamanın % 60'ını araştırma ve yazma etkinlikleri aldı. Çok meşgul olmasına karşın ailesine (iki ergen çocuğu var) mutlaka zaman ayırırdı ve 18: 00'den sonra ofiste kalmazdı.

Son Zamanlarda Bir Klinik Probleme İlişkin Özgül Endişeler

Dr. C, akademik sorumluluklarının dışında küçük özel bir klinikte hekimlik de yapmaktaydı. Bir aile hekimi depresyon, öfke ve kronik bel ağrısı olan bir hastasını Dr. C'ye sevk etti. Bu hekim sık sık ona hasta gönderdi ve Dr. C, ağrı tedavisi ile bunların pek çoğuna yardımcı oldu. Ayrıca, bu doktor ağrı tedavisi konusunda uygulanan yenilikçi klinik yöntemi denemek için onunla iş birliği yapmıştı ve bu hekim, Dr. C'nin bilgisi ve profesyonelliğinden çok etkilenmişti. Ağrı kesici ilaç başlangıçta bu hasta üzerinde etkili olmuştu; ancak artık yardımcı olmadığı görülmekteydi.

Hastanın İş Tazminat Kurulu ile çözülmemiş bir davası vardı. Hasta, kendisine bir yıldan fazla devam eden ağrılardan dolayı maluliyet aylığı bağlanacağını umuyor ve o tekrar işe geri dönemeyecek gibi görünüyordu. İşvereni psikolojik tedavi sürecine destek vereceği için şanslıydı ve onun bel ağrıları ile baş etmesi için yardımcı olacak psikoloğa ödenecek ücret işveren tarafından karşılanacaktı. Dr. C, bu alanda yapılmış çalışmaları biliyordu ve sorunlarını kendi kendine çözemeyen, sıklıkla ödünleme süreci ile ilgili kızgınlıkları olan ve bazen kendilerine tamamen yardımcı olmaya konsantre olmayan bu tür hastalarla ilgili deneyimleri vardı. Bu vakada belirgin bir yaralanma ve incinme ile ilgili hiçbir tıbbi kanıt olmadığı için İş Tazminat Kurulu karara varmak için acele etmiyordu. Dr. C, hastada bir yumuşak doku yaralanması olup olmadığını –devam eden ağırlaşmış genel ağrı bozukluğu ile depresyon ve fiziksel hareketsizlik kronik ağrı bozukluğu olanlarda tipiktir– bu hastada yaygın ağrı bozukluğu olup olmadığını belirleyecekti.

- Hangi testler ağrının kökeni ve doğası konusunda onun kararına yardımcı olacak ve hastanın, hastalığının şiddeti ile ilgili çözümlenmemiş tazminat talebi ile ilgili özbilidirimi nasıl olacak? (İlgili Bölümler: 6-8).
- Onun rahatlaması sağlanabilecek mi ve işe dönemsine izin verilecek mi?
- Eğer doktor hastaya, bu tedavi işe yaramazsa İş Tazminat Kurulu ile ilgili sorunları çözemeyeceğini açıklarsa hasta reddedildiğini hissetmeden onun yargısını güvenebilecek miydi?
- Hasta doktora bu hizmeti için para ödemediğine göre onun müşterisi kimdi? Onun sorumlulukları nelerdi?

Dr. C'nin etik ilkelere göre doğru karar vermesi için deneyimli olması gerekliydi (Bölüm 4). Dr. C, kronik ağrı için çeşitli değerlendirme yöntemlerinin seçenek ve sınırlılıklarını ve psikolojik etkenleri anlamalı (Bölüm 5-9), bu ağrılı hastanın tedavisine yardım etmek için gerekli olan beceri ve deneyime sahip olmalıydı (Bölüm 10, 12-14 ve 17).

KLİNİK PSİKOLOJİDE UYGULAMA GERÇEKLERİ

Bu bölümün öğrenme hedefi, gerçekçi sorunları tanımlamak ve yetkin bir profesyonel olmak için gerekli becerileri vurgulamak ve üzerinde düşünülmesini sağlamaktır, ancak bu aşamada soru ve sorunlara herhangi bir cevap verilmeyecektir. Bu bölüm, kitabın geri kalan konuları üzerinde çalışırken okuyucunun rahatlamasını sağlamak ve olumlu bir gelişim yaratmak için tasarlanmıştır.

Bu bölümde, dört bireyin çalışmalarından hareketle mesleğe; klinik psikologların buradaki tipik anlık çalışmalarına; zaman içinde uygulamaların nasıl değiştiğine; klinik psikologların zamanlarını nasıl planladıklarına ve ne tür ücretler aldıklarına daha geniş açıdan bakmak amaçlanmıştır.

Tablo 1.1'de görebileceğiniz gibi, klinik psikologların çoğu diğer ortamdan çok özel muayenehanelerde çalışmaktadır; çoğu okuyucu psikologların çoğunun hastane ve kliniklerde çalıştığını sanır. Gerçekte psikologların neredeyse yarısı, yarı veya tam zamanlı olarak özel muayenehanede çalışmaktadır. Son Otuz yılı aşan, kırk yıla

TABLO 1.1 Başlıca Çalışma Alanları

İstihdam Alanları	*1960* [a] %	*1973* %	*1981* %	*1986* %	*1995* %	*2003* %
Psikiyatri hastaneleri	15	8	8	9	5	4
Genel hastaneler	15	6	8	5	4	3
Poliklinikler	15	5	5	4	4	4
Toplum ruh sağlığı merkezi	NR	8	6	5	4	2
Tıp Fakülteleri	7	8	7	7	9	8
Serbest çalışma	17	23	31	35	40	39
Üniversite Psikoloji Bölümü	20	22	17	17	15	18
Üniversite Diğer Bölümler	NR	7	5	4	4	4
VA Tıp Merkezleri	NR	—	—	—	3	3
Hiçbiri	NR	1	1	4	1	0
Diğer	20	11	12	10	11	15

[a] Kesin rakamlar bildirilmemiştir, Kelly'nin (1961) çalışması için verilen yüzdelik rakamlar yaklaşık değerlerdir.

Kaynak: Norcross, Karpiak ve Santoro (2005). Yıllara göre 1960'dan-2003'e kadar klinik psikologların çalışma alanlarının dağılımı. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 61, 1467–1483.

KARİKATÜR



TABLO 1.2 Klinik Psikologların Mesleki Etkinlikleri

	DAHİL OLMAK (%)			YILLAR GÖRE ORTALAMALAR (%)				
Etkinlik	*1986*	*1985*	*2003*	*1973*	*1981*	*1986*	*1995*	*2003*
Psikoterapi	87	84	80	31	35	35	37	34
Teşhis/değerlendirme	75	74	64	10	13	16	15	15
Öğretim	55	50	49	14	12	14	9	10
Klinik süpervizyon	67	62	50	8	8	11	7	6
Araştırma/yazma	54	47	51	7	8	15	10	14
Danışmanlık	63	54	47	5	7	11	7	7
Yönetim	55	52	53	13	13	16	11	13

Kaynak: Norcoss, Karpiak ve Santoro (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 1467–1483.

ulaşan bir süre içinde, alanda tek ve en belirgin değişiklik; hastanede, kliniklerde maaşlı çalışmadan özel muayenehanede serbest çalışmaya doğru büyük bir değişimin olmasıdır. Özel muayenehanelerdeki hizmetler kendi iş yerlerinde bireysel uygulayıcılar tarafından veya özel organizasyon grupları tarafından; Çalışan Destek Programları (ÇDP) ya da Sağlık Bakım Kuruluşları (SBK) tarafından bu hizmetler sağlanmaktadır. Onun dışında, klinik psikologların yaptığı çalışmaların dağılımı zaman içinde çok fazla değişmemiştir. Rakamlar bu durumu açık bir şekilde ortaya koymaktadır; klinik psikologların-akademik eğitimini hazırlamak amacı ile bir iş modeli bulunmalıdır-iş modeli yönetim bilgisini ve kendini geliştirmeyi gerekmektedir. Ayrıca klinik psikolojinin hizmetlerinin yararını daha iyi değerlendirebilmesi için halkın daha iyi eğitilmesi gerekmektedir.

Tablo 1.2'de, klinik psikologların tipik faaliyetleri hakkında bilgi ve onların her aktivite için ne kadar zaman harcadıklarını bulacaksınız. Bir yandan özel muayenehanede serbest çalışanların, değerlendirme ve tedavi için klinik psikologlardan daha fazla zaman harcadıklarını ve akademik psikologların araştırma ve öğretime daha fazla zaman ayırdıklarını göreceksiniz. İronik olarak rapor edilen güzel bir değişim, yönetim ve araştırma işlerinde psikologlara artan bir şeklide ihtiyaç duyulmakta olduğunu göstermektedir. Ayrıca giderek daha da artan rekabetçi dünyada sürdürülen yaşamda yapılan her eylemin belgelenmiş olmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Sorunun özüne dönersek bunların hepsi ilginç olabilir, "Bir klinik psikolog olarak kazancım ne olabilir?" Amerikan Psikoloji Derneği gibi organizasyonlardan psikologların gerçek maaşlarını öğrenebilirsiniz (http: //www.apa.org/workforce/publications/09-salaries/index.aspx veya benzer web sitlerinden). Bu rakamlar yayınlandıklarında biraz güncel olmayabilir. Ancak yine de pek çok farklı durumun istihdam ortamı, yer ve eğitim (yüksek lisans, doktora vb.) düzeyine göre maaş farklılıkları hakkında açıklayıcı bilgi bulunmaktadır. Bu bilgi, gelecekte klinik psikolog olmayı planlayan adayların özel kariyer kararları üzerinde önemli bir etkiye sahip olacaktır.

Uygulamada en şeffaf sektör devlette çalışan veya diğer hizmet kuruluşlarında çalışan psikologların durumudur. Bu kurumlarda gelirlerde çok fazla farklılık yoktur, yalnız kıdem yılı eklenerek gelirlerde küçük farklılıklar olur. Özel muayenehanelerde çalışanların kazançları ile ilgili sınırlı bilgiler vardır. Bu sınırlı bilgiler var olsa bile, muayenehanelerinde serbest çalışan psikologların kaç saat çalışarak bu kazancı edindiklerini bilmek çok güçtür. Üst oranlardaki kazançlar, profesyonel kıskançlığı önlemek için diğer insanlara daha düşük olarak söylenebilir.

Akademik kariyerler özeldir çünkü bu enstitüde prestij ve kıdem fonksiyonları açısından gelirlerle ilgili geniş bir yelpaze vardır ve yeni başlayan bir Yardımcı Doçentin geliri, bir kıdemli profesörün gelirinin yarısı kadardır hatta bazı üniversitelerde 1/3 oranındadır. Performansa göre gelirlerde büyük farklılıklar olur ve yalnız üretken akademisyenler promosyon alabiliriler ve daha üst düzey bir gelire ulaşabilirler. Performansla, uygun görülen yıllık gelir artışı tipik olarak eşittir. "Verimlilik" bilimsel dergilerde makale yayınlayarak para gelmesini garanti edecektir. Özellikle ABD'de prestij ölçeklerinin aralığı çok geniştir. Az bilinen üniversite ve kolejlerde lisansüstü programları yoktur ve prestij aralığı küçüktür. Bu bölümde, araştırma destekleri iyi finanse edilmiş araştırma profesörlerin maaşlarının bir kısmı araştırma garantisinden dolayı azalabilir, Kanada ve Almanya gibi diğer ülkelerde böyle bir uygulama yoktur.

Özel muayenehanelerinde çalışan klinik psikologların çalışma saatleri çok farklı olduğu için gelirleri de çok farklıdır. Bazı psikologlar, yarı zamanlı çalışırlar. Onların bir kısmı emekli olabilir, bir kısmı ise çocuk bakımı ve evin tüm sorumluluklarını üstlenmiş olabilirler. Bunun yanında özel çalışanların haftada 35 saatlik katı çalışma saatleri yoktur. Bazıları daha uzun süre bazıları daha kısa süre çalışırlar. Ayrıca "görüşme ücretleri" de değişkenlik gösterir. 1 saatlik görüşme ücreti 50 dolarla 200 dolar arasında değişebilir. Bunun dışında görüşme ücretleri, danışanın ödeyebilme gücüne göre de değişkenlik gösterir. Kıdemli psikologların bir kısmı adli vakalarda mahkemede bilirkişi olarak görev yaparlar ve 1 saatlik ücretleri 200 doları aşabilir. Bazıları uzun süre çalışırken, bazıları bu sürede birkaç kez tatile çıkabilirler. Bu da onların yıllık gelirinde 300,000 dolarla-400,000 dolar arasında bir değişikliğe neden olabilir. Gelirlerinin yanında onların giderleri vardır, aldıkları sekreterlik hizmetleri, kira, sigorta emeklik planları için harcamalar yaparlar.

Özel muayenehanelerde çalışanların; özel becerileri olanların, iş duyarlılığı yüksek olanların ve uzun saatler çalışmak için istekli olanların kazançları yüksek olabilir. Ayrıca özel muayenehane açma bir kurumda çalışmadan daha risklidir (Özel bir muayenehane açmak için neler yapılacağına ilişkin ipuçlarını görmek için eyalet/bölge ve ulusal psikoloji derneklerinin web sitelerine bakınız.). Farklı ülkelerdeki birbirine benzeyen özel uygulamalar için Kanada Psikoloji Derneğin Web sitesinde bulunan örneğe bakınız (http: //www.cpa.ca/cpasite/userfiles/Documents/publications/PAA% 20Guidebook.pdf).

Mezunlarımızın ve arkadaşları ile kariyer hakkındaki konuşmaları ve gözlemlerine dayanarak, mezun olduktan sonra ilk aşamada hemen özel bir muayenehaneye açılmamasını şiddetle tavsiye ediyoruz. Klinik psikolog, toplumda uzun süreli bir yer edindikten, referans kaynaklarını oluşturduktan ve beceriler kazandıktan sonra özel muayenehane açabilir. Yukarıda bilgilerin hiçbiri bir gecede ortaya çıkmadı, söylenenlerin en etkili olanları kaldı. Özel muayenehane açmaya hevesli olanlar için, çalıştıkları

yıllarda çok çeşitli rollerde klinik becerilerini bilemeleri ve uygulama deneyimlerini güçlendirmek için gerekli bağlantıları oluşturmaları tavsiye edilir.

Genel olarak, yukardaki bilgiler ABD'de bir klinik psikoloğun değişik yerlerde ücretlerinin ne olduğunu yansıtmaktadır; güvenli ortamlarda ve mesai saatleri içinde yapılan çalışmaların geliri, riskli ve uzun süreli çalışmalardan elde edilen gelirden daha azdır. Psikologlar kariyer seçimini yaparken ne hissederler ve ne düşünürler? Amerika Birleşik Devletleri'nde 27,000'den fazla kişi üzerinde yapılan bir araştırmada insanların yarıdan azının, yaptıkları işten veya kariyerinden memnun oldukları ortaya çıktı. Detaylı bilgi için linke bakınız (http://www.livescience.com/health/070417_job_satisfaction.html). Özellikle işçilerin yalnız % 21'inin, giyim sektöründeki satış elemanlarının % 24'ünün, yemek hazırlayanların % 24'ünün ve kasiyerlerin % 25'inin işlerinden memnun oldukları, ancak bu verilere göre çoğunluğun memnun olmadığı ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan psikologların % 67'sinin ve özel eğitim öğretmenlerinin % 70'inin ve yazarların % 74'ünün tercihlerinden memnun oldukları ortaya çıkmıştır, ancak bu oranların, din adamlarının % 87 ve itfaiyeciler % 80 oranlarındaki memnuniyet oranı kadar yüksek olmadığı ortaya çıkmıştır.

SONUÇ

Bu bölümde amaç, öğrenciler için bir rota çizmek ve tüm olaylara bakmak değil; bu mesleğin içinden bir iç görüntü almaktır. Dört farklı psikoloğun, klinik psikolog olarak çalışma faaliyetlerinin çeşitliliği hakkında bir bakış sunuldu. Ayrıca, bu bölümde, öğrencilerin alt alanlar hakkındaki ilgilerini ortaya çıkaracak ve bireysel olarak klinik çalışma, yönetim, araştırma ve öğretimi doğru dengeli bir bilgi şekilde anlamalarına yardımcı olacak bilgiler verildi.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Biz, klinik psikologların klinik beceri eğitimi ve araştırma eğitimi (standartlara uygun bilim insanı-uygulayıcısı çalışama gibi) arasındaki doğru denge ile ilgili görüşlerinin de farklılaşmaya devam edeceğini tahmin ediyoruz. Bu yüksek bir beklentidir ancak eğitim noktalarının kaynakları sınırlıdır ve ne yazık ki, son zamanlarda eğitim fırsatları ve staj olanakları arasında ciddi bir boşluk oluşmuştur. Öğrenciler için güvenli eğitim noktaları oluşturmak zordur (Robiner, 2006). Bu ciddi eğitim ortamının sağlanabilmesi için sağlık sistemindeki diğer karar vericilerin, klinik psikologların akademik eğitim programları ve hizmet tabanlı bir eğitim için sıkı bir şekilde çalışma ihtiyaçları olduğuna ikna etmek zorunludur.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Akredite eğitim programları (Accredited training programs)
Bilim insanı-uygulayıcısı ("Scientist-practitioner")
Davranışsal tıp (Behavioral medicine)
Klinik psikolog (Clinical psychologist)
Psikiyatri (Psychiatry)
Psikiyatristler (Psychiatrists)
Psikolog (Psychologist)
Psikolojik danışma (Counseling psychology)
Psikolojik danışman (Counseling psychologists)
Sıkıntı taraması (Distress screening)
Sosyal hizmet (Social work)
Sosyal hizmet uzmanı (Professional social workers)

◇ DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Bir psikoterapistin eğitimi için hangi meslek en iyisidir?
2. Klinik psikologların ne kadar araştırma eğitimi alması gerekir? Klinik psikologların çoğu, yayınlanan araştırmalarla ilgili bilgileri inceleyerek kullanacakları için bu konuda eğitim görmeleri gerekir mi ya da bütün klinik psikologların, bu literatürü genişletmek için güdüleri ve becerileri olmalı mıdır?
3. Klinik psikolojideki gibi, psikolojik danışmanlık da alt dallara ayrılmakta mıdır?

◇ KAYNAKÇA

Linden, W., Moseley, J. V., & Erskine, Y. (2005). Psychology as a health care profession: Implications for training. *Canadian Psychology, 46*, 179–188.

Norcross, J. C, Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1467–1483.

Robiner, W. N. (2006). The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review, 26*, 600–625.

2. BÖLÜM

KLİNİK PSİKOLOG OLMA SÜRECİ*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölümde pek çok öğrenci, bu ders kitabı ile klinik psikoloji dersine çalışırken kişisel kaygıları artmakta ve acil konular ortaya çıkmaktadır. Klinik eğitim veren az sayıda program ve eğitim kurumu olmasına karşın klinik eğitim almak isteyenlerin sayısı çok fazladır. Bu kitapta verilen pratik bilgilerle bu boşluğu gidermek için köprü kuracağız. Psikoloji lisans programından mezun olurken bir sonraki kariyer basamağında ne yapılacağı konusunda düşünülmüş olması gereklidir (Kuther, 2006). Öğrencinin, her şeyden önce farklı psikologların yaptıkları işin türü, faaliyetleri ve bunlardan hangi aktivitelerin kendi kişilik, istek ve kişisel tarzına uyduğu hakkında bilgi edinmesi önemlidir. 1. Bölüm'de, meslekle ilgili "bir bakış açısı" verilmeye çalışıldı, şimdi bu bilgilerin ve görüşlerin sizi gerçekten heyecanlandırıp heyecanlandırmadığına bakabilirsiniz.

KARİYER PLANLAMA FAKTÖRLERİ

Eğer ruh sağlığı alanında kariyer yapmayı planlıyorsanız, elde etmeniz gereken mesleki kademe seçeneklerini ve iş piyasasını öğrenmeniz gerekir. Cevaplanacak anahtar sorular şunlardır:

- Hangi mesleklerde ve hangi uzmanlık alanlarında en çok iş var?
- Kendi akademik geçmişiniz ne kadar güçlü? Uygulama alanlarında ne kadar rekabet var?
- Yüksek lisans yapacak mısınız (genellikle yüksek lisans çalışması 2-3 yıl) veya yüksek lisansla birlikte doktora (eğitim süresi 6-7 yıl) yapacak mısınız?
- Daha çok klinik çalışma, daha az araştırma yapmaya mı yatkınsınız? Psikoloji doktorası mı (PsyD) ya da daha çok araştırma arzusu ile daha geleneksel bir üniversitede PhD [Bilim (felsefe) doktorası] derecesi mi elde etmek istiyorsunuz? Daha sonra bu bölümde göreceğiniz gibi, geleneksel üniversite tabanlı bir program seçmek için önemli mali nedenler bulunmaktadır.

---

* Çeviren: Dr. Muzaffer ŞAHİN

Aradığınız bu tür programa kayıt hakkı elde etmek için sahip olduğunuz ortalamaların yeterli olup olmadığı da kararı çok etkiler. Ayrıca, diğer bir soru, bu eğitim için gereken eğitim masrafları ne kadar ve bu eğitimi nerede almak istersiniz? Bu eğitim için zorunluklar nelerdir? Örneğin; Birleşik Devletlerde, öğrenci kayıt ücretlerinde yere göre maliyetlerde büyük farklılıklar vardır. Eğer siz orada yaşamıyorsanız kamu üniversitelerinde eğitim 2 kat, hatta 3 kat daha yüksektir. ABD'de 2000 yılında, ortalama ücretler 3,178 dolar ile 8,416 dolar arasında değişmekte idi. Bu ücretler her yıl enflasyon artışı ile orantılı olarak artmaktadır. Prestijli özel araştırma üniversitelerinde ve bağımsız PsyD programlarının öğrenim ücretleri için her yıl 20,000 ABD Doları alınmaktadır. Eğer siz güçlü başvuru belgelerine sahipseniz, donanımlı araştırma üniversiteleri genellikle okul ücretlerinden feragat eder. Ancak bağımsız PsyD programlarının ücreti genellikle değişmez. Kanada ve diğer ülkelerin üniversitelerinin ücretleri karşılaştırıldığında; Kanada'da öğrenim ücretleri oldukça uygun olduğu görülür. Kanada vatandaşları için okul ücretleri yıllık nadiren 5000 Kanada dolarını aşar ve bazı okullarda lisans öğrencilerinin eğitimi tamamen ücretsizdir. Yabancı uyruklular için, fiyatlar yüksektir ancak yine de yıllık 10.000 Kanada dolarını aşmaz.

Farklı öğrenim ücretleri, elbette, adayların başarı oranlarını etkiler. Ücret düşük olduğunda öğrenci başvurusu artar, bu her zamanki formüldür, arz ve talebin temel kuralları burada da izlenir. Mayne, Norcross ve Sayette (1994) yaptıkları araştırmada, APA-akredite olan klinik psikoloji programlar için genel bir %10'luk kabul oranı rapor edilmiştir. Ancak bu ortalama oranı; araştırma odaklı **PhD** programlarında %6 kabulle daha düşük olurken; **PsyD** programlarında %23 kabul oranları, programlar arasındaki çeşitliliği ve farklı sayıları gizler. Arz ve talep kuralları, bu durumla tutarlı olarak araştırma odaklı **PhD** programlarına, %95'lik bir mali destek teklif edilirken; **PsyD** programlarına sadece %37 oranında bir mali destek verilmektedir (Sayette, Mayne ve Norcross, 2004).

Mayne ve arkadaşları, çeşitli program türleri arasındaki bazı önemli ayırt edici değişkenleri çok kesitli özet tabloda (Tablo 2.1) göstermişlerdir.

Cesaretiniz kırılmasın, öğrencilerin bireysel olarak birden fazla programa kabul edilme olasılıkları oldukça yüksektir çünkü onlar birden fazla programa başvururlar ve bu şanslı öğrenciler kendilerine teklif edilen programlardan yalnız birini kabul ederler. Bu durum biraz daha zayıf kayıtları olan diğer adayların önünü açar.

SOMUT PLANLAMA ADIMLARI

Hangi programa başvuracağınıza ilişkin kararınızı oluştururken yararlanabileceğiniz pek çok yol vardır. Bu seçime başlarken biraz egzersiz yapabileceğiniz soruların yanıtlarını düşünmeniz, ya da benlik testindeki soruları yanıtlamanız yararlı olacaktır. Sizin seçmek niyetinde olduğunuz genel bir meslek ("Ben bir **Psikanalist** olmak istiyorum" gibi) yerine, kendi kendinize "kim olduğunuza", "ne yapmaktan hoşlandığınıza" ilişkin temel sorular sormak daha iyi olabilir. Geleceği düşünün, 20 yıl sonra nerede olmak istersiniz, ne tür bir iş yapmak sizi mutlu eder? Bu araştırma sürecinde size rehberlik yapacak bazı sorular şunlardır:

- Ne tür bir kişisiniz? Yalnız çalışmaktan mı hoşlanıyorsunuz yoksa bir grup insanla birlikte çalışmaya mı ihtiyaç duyuyorsunuz? Eğer tek başına çalışmaktan hoşlanıyorsanız, o zaman belki özel muayenehane sizin için uygundur.

TABLO 2.1 Klinik Psikoloji Alanında Akredite APA-PsyD, Uygulama odaklı PhD, Araştırma Odaklı PhD Programları ile İlgili Karşılaştırmalar

	AKREDITE APA PSYD PROGRAMLARI		UYGULAMA ODAKLI VE EŞIT VURGULU PHD PROGRAMLARI		ARAŞTIRMA-ODAKLI PHD PROGRAMLARI		
Değişkenler	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*
Kabul İstatistikleri							
Başvuru sayısı	149.7	81.1	133.7	83.5	168.5	87.4	3.2*
Kabul sayısı	57.4[a]	39.1	18.5	19.6	14.1	10.8	54.1**
Kabul edilen %	41.3[a]	19.8	16.8[a]	13.9	11.3[a]	10.3	66.2**
Kayıt sayısı	33.1[a]	20.8	9.9	702	8.6	9.3	64.2**
Kayıt % 5	59.3	13.5	62.7	19.3	60.0	17.2	0.7
Teorik Yönelim							
Psikodinamik/ Psikoanaltik (%)	29.4	17.7	29.6	23.1	12.0[a]	12.5	23.0**
Radikal davranışçılık (%)	7.6	8.4	8.1	11.5	11.1	15.7	1.4
Sistemler (%)	18.9	10.2	20.6	17.8	14.5	15.9	3.1
Hümanistik/ fenomenolojik (%)	11.2	8.4	11.7	49.0[a]	25.0	64.4[a]	20.7
Bilişsel–davranışcı (%)	32.8[a]	17.9	49.0[a]	25.0	64.4[a]	20.7	30.2**
Mali yardım							
Yalnız ücret muafiyeti (%)	7.9	16.6	5.2	15.3	2.2	11.8	2.4
Yalnız asistanlık (%)	19.5	22.6	25.7	37.4	8.5[a]	24.8	6.7**
Ücret muafiyeti ve asistanlık	17.5[a]	22.6	57.2[a]	41.7	84.2[a]	31.6	48.0**
Öğrenci özellikleri							
Kadın (%)	69.9	8.6	71.6	8.1	70.8	11.1	0.5
Etnik azınlık (%)	20.8	16.0	19.7	13.5	18.7	10.1	0.4
Yüksek lisansı olan (%)	35.2[a]	24.8	23.8[a]	17.1	17.2[a]	11.7	18.5**
APA'ya giren uygulama öğrencileri (%)	74.4[a]	25.6	90.8	16.7	95.5	10.0	22.4**
Derecesini tamamlama süresi (yıl)	5.1[a]	0.7	6.1	0.8	6.2	0.9	27.7**

Not: Kredi Toplamı: APA-akredite PsyD programlar için 40-41 idi. Uygulama odaklı ve araştırma odaklı Doktora programları için 71-74 ve araştırma odaklı Doktora programları için 80-85'tir.

[a] Bu grup tüm diğer gruplardan (Newman-Keuls prosedürü ile p <.05) anlamlı bir düzeyde farklıdır.
*p <.05, **p <.01.

- Liderlik pozisyonu ve rekabet ve ödülleri için hazır mısınız? Ya da işinizi sizin gibi düşünen bir grup insanla paylaşmaktan mutlu oluyor musunuz? Eğer liderlik yapmak isterseniz, idari sorumlulukları kabul etmek isteyebilirsiniz, mesleki hakları savunma faaliyetlerinde bulunabilir, bağış işlerinde çalışabilir ve bir araştırma laboratuvarı kurabilirsiniz.
- Sürekli bildiğiniz ayni işleri yapmak size rahat mı gelir; yoksa yeniliklerle uğraşmak, risk almak mı sizi daha çok güdüler? Eğer her gün düzenli ve benzer işleri yapmak istiyorsanız bir kamu görevinde ya da özel bir şirkette açıkça görevinizin belli olduğu bir yerde çalışmak sizin için en iyi karar olacaktır.
- Uzun saatler çalışarak büyük kazançlar elde etme şansını mı elde etmek istiyorsunuz, yoksa makul ölçüde iyi bir geliri olan ve sosyal olanaklar sunan, istikrarlı bir işiniz olmasını mı tercih edersiniz; güvenli bir iş için gelirinizin daha az olmasını kabul etmek ister misiniz? Uzun saatler çalışmaya istekli olan psikologlar yoğun bir özel muayenehane ortamında çalışmaları uygun olabilir.
- Eğer bir aileniz varsa işin dışında ailenize ne kadar zaman ayırmak istersiniz? Bu karar için psikoloğun yaşamını paylaştığı kişi ile görüş alış verişinde bulunup birlikte karar vermesi gerekebilir. Eşlerden biri üniversitede kadrolu bir iş bulana kadar diğer eş kendi tutkularını bekletme konusunda bir anlaşma yapabilirler, sonra roller tersine döner ve aile sorumlulukların üstlenme konusunda adaletli bir denge sağlanır.

Bu tür sorulara verilecek cevaplar doğrudan psikoloji ile ilgili olmasa bile, çeşitli yarı zamanlı işlerde kazanılan deneyimlerden elde edilmiş olabilir. Ayrıca aile ve arkadaşlar ile yapılan konuşmalarından öğrenilmiş olabilir. Eğer bir alanda kariyer yapma planınız varsa uzaktan o meslek size iyi gelebilir. Ancak o konuda doğrudan çok az bilgiye sahip olabilirsiniz ya da staj yaparken o iş size mükemmel gelebilir. Tamamı yabancı olan pek çok insanın, insanların sizinle aynı fikirde olacağını, kendi meslekleri ile gurur duyduklarını görmek sizin için sürpriz olabilir. Öncelikle hangi tür işlerden ve hangi ortamlarda bulunmaktan hoşlanıyorsunuz? Başvuracağınız eğitim programına kabul edilmek için gereken akademik niteliklerin neler olduğunu; güçlü yanlarınızın ve tercihlerinizin neler olduğunu düşünün.

Çok yararlı olacak bir konu da, başka bir bölgeye taşınıp taşınamayacağınızdır. Lisansüstü okullara kabul edilme sürecinin oldukça rekabetçi bir süreç olduğu göz önüne alındığında (genellikle bu konuda en az 10 tavsiyemiz olabilir.), başvurduğunuz çeşitli programlar şehrinizde, eyaletinizde hatta bölgenizde olmayabilir. Ancak, başvuru ücretleri muhtemelen 100 dolar civarındadır, bu oldukça büyük bir yatırımdır. Eğer sürekli bir ilişki içinde iseniz, makul olan başvuru programları ile ilgili olasılıkları siz ve eşinizin birlikte değerlendirmesi gerekir. Belirli bir program hakkında düşünmeden tepkisel olarak karar vermiş olabilirsiniz ("Kışın çok soğuk olduğu için orada asla yaşayamam." vb.) başvuranlar kendilerine bir teklif geldiğinde sıklıkla bu kabulü yeni ve çekici bir ışık gibi görebilirler. Mevcut programlar ve giriş koşullarının ayrıntılı bir listesi için, Lisansüstü Eğitim için APA Kılavuzuna (APA, 2010) bakınız.

Sonra yönünüzü belirleyin, gitmek ve başvurmak istediğiniz yerleri netleştirin ve kendi başvuru paketinizi oluşturmaya odaklanın. Başvurunun, son ana bırakılmaması; olası aksamları düşünülerek süresi içinde erken başvuru yapılması çok önemlidir, güçlü bir başvuru paketi, yıllarca dikkatli, ileri-yönelimli planlamanın sonucunda oluşur.

AKADEMİK HAZIRLIĞINIZI EN YÜKSEK NOKTAYA TAŞIYIN VE EN İYİ OLASI BAŞVURU PAKETİNİ HAZIRLAYIN

Eğer birçok farklı üniversiteye başvuracaksanız, tipik olarak aşağıdaki bilgilerin bulunduğu , birbirine benzeyen bir başvuru paketini oluşturmanız istenir:

1. Öğrencinin her üniversite için özel bir başvuru formu doldurması,
2. Okuduğu tüm ortaöğretim kurumlarından alınan resmî transkript,
3. Eğer genel bir eğitim testi alınmışsa; sözel, sayısal ve analitik alt ve psikoloji konu testlerinin resmî belgeleri [Graduate Record Examination (GRE)],
4. Üç tavsiye mektubu,
5. Her bileşeni tartışmak ve mümkün olduğunca güçlü hâle getirmek için neler yapılabileceğine ilişkin açıklamalara bakalım.

Başvuru Formları

Başvuru formunu hazırlarken formun tamamen ve düzenli bir biçimde doldurulması her şeyden daha önemlidir. Başvuru formunda genellikle kendinizi göstermek için çok az fırsatınız vardır. Mümkün olduğunca çok iletişim bilgisi sağlayın. Formda boş kutular veya alanlar bırakmayın. Eğer aldığınız ödüller sorulursa; örneğin, tezinizi bir konferansta sunmak üzere 100 dolarlık bir seyahat çeki gönderilerek davet edilmişseniz; geçen yıl psikoloji sınıfının tarihinde en iyi makaleyi hazırlayarak kitap ödülü kazanmışsanız; önerimiz: onlardan bahsedin. Eğer hakemli dergilerdeki yayınlar sorulmuşsa ve herhangi bir yayınınız yoksa, bu alanın elbette boş olması gerekir. Bir başka ipucu: Eğer araştırmalarınız inceleme aşamasında ise onları listeleyin, ancak böyle bir bölüm yoksa bunlardan bahsetmeyin. Bu tür övünme uygunsuz olur ve güvenilirliğinizi azaltır.

Ağırlıklı Not Ortalamaları

ABD'de akademik ortalamalar için daha çok harfli başarı not sistemi ve yüzdelik sistem kullanılır. Bu iki sistemi de ayrı ayrı yorumlayacağız. Çünkü uzlaşılan ve bunları birbirine dönüştüren bir formül yoktur. Sadece bu noktada, bir öğrenci düzenli olarak %75'le %78 arasında bir not alıyorsa ortalaması 76.5 veya 3.0'lık bir ağırlıklı ortalamaya (grade-point average-GPA) sahip olacaktır. Aynı şekilde öğrencinin notları ağırlıklı olarak A, çok az da B veya C olsa idi 3,5'luk bir ağırlıklı ortalamaya sahip olabilirdi. 3.5'lık bir GPA 3.0'lık bir GPA ya göre belirgin bir şekilde daha güçlü görünüyor. Harf notları biraz aldatıcı olabilir. Yüzdelik notlar daha açıktır. Çünkü kesme noktası oldukça sinir bozucudur bir öğrenci bir dersten %79 alıyor, eğer %80 alsa bu puan harfli notu sisteminde "A"ya eşdeğer bir not anlamına gelirdi.

Genel bir kural olarak, en az 3,5 not ortalamasına sahip olmayan öğrencilerin (ancak burada bile istisnalar vardır) prestijli bir klinik ya da danışmanlık psikoloji programına kabul edilmeleri pek olası değildir. Bu, yüzdelik sistemde %80'lik bir nota karşılık gelecektir. Genellikle yüksek lisans veya PsyD derecesi sunan profesyonel okullardan kabul teklifleri almak oldukça kolaydır. Başvuruların kabul edilme oranı %40'lar civarındadır. Bir dereceye kadar, GRE testinde yüksek bir performans gösteren bir öğrenci düşük not ortalamasını telafi edebilir. Ayrıca, bazı üniversitelerde notlar çok yüksek verilerek bir not enflasyonu ortaya çıkarılırken bazı üniversitelerde notlar çok düşük olabilir. Bu yüzden tamamen standart bir test olan GRE sonuçları, üniversitelerin kabul komisyonlarına büyük kolaylık sağlar. Notları çok düşük olduğu bilinen üniversitelerden mezun olan öğrenciler genellikle notları daha yüksek olan üniversite mezunlarına göre dezavantajlı olacaklarından korkarlar. Bu tür durumlarda, GRE'den alınan puanlar denklikle ilgili ayarlamalar yapılmasına yardımcı olur. Kabul kararları veren Profesörler (bizim gibi), GRE'den orta düzey bir performansı olan ancak yüksek akademik performansı (gibi yüksek not ortalaması ile yansıtılır) olan bir öğrencinin; X üniversitede vasat bir performansa sahip olan ancak GRE'de güçlü bir performans gösteren öğrencilerden daha az umut verici olabileceğini görmüşlerdir. İkincisinde düşük puan ortalaması olan X Üniversitesinde performansı çok yüksek olan öğrencinin durumu ayırt edicidir. Bitirme dereceleri ile ilgili olarak alınan mesaj, tabii ki, açıktır: Bu mesaj, o öğrencinin lisans eğitim boyunca iyi bir kariyerinin olacağını gösteren önemli bir mesajdır. Öğrencilerin ilk yıla göre, üç-dört yıl içinde aldıkları derslerde ve üniversite yaşamına uyum için uğraşlarında daha başarılı oldukları açıkça görülmektedir.

Öğrenciler, sık sık şu soruyu sorarlar: " Kabul komitesi, genel not ortalamasına mı ya da son iki yılın ortalamasına bakar?" Cevabı, bir öğrencinin başvuru formuna bakan kişi transkripteki genel akademik ortalamaya bakar ve öğrenci hakkında ilk izlenimi edinir. Ek olarak, kuşkusuz, öğrenci kabul sekreterliği öğrencinin notlarından genel ortalamanın (GPA) doğru hesaplanıp hesaplanmadığını kontrol eder. Stratejik olarak öğrenciler, herhangi bir dersi başarısız olacakları korkusu ile (acil kişisel nedenlerle veya o alanda yeteneksiz olmalarından dolayı) bırakabilirler. "F" bir harf notu olarak transkriptte de görünmüyor olabilir. Bazen, programlar değerlendirilmek üzere not ortalaması iki takım olarak çıkarılır, tüm lisans eğitimini kapsayan transkriptlerindeki genel ortalama ve diğer bir transkriptte ise öğrencilerin son iki yıl içinde genellikle kendi uzmanlık alanlarında aldıkları ortalama hesaplanabilir.

Sık sık sorulan bir soruda, Öğrencinin genel ortalamasını (GPA), ek dersler alarak artırmasının iyi olup olmadığıdır. Bizim kişisel görüşümüz bunun nadiren amorti olabileceğidir. Her şeyden önce, beşinci yılda, öğrencinin o önceki dört yıl içinde var olan durumunda büyük değişiklikler gerçekleştirme olasılığı düşüktür. Ayrıca, matematiksel ortalamanın hesaplanması da öğrencinin lehine değildir. Bir öğrenci 4 yıl boyunca almış olduğu 40 farklı tek dönemlik dersin genel ortalamasının (GPA)%75 olduğunu varsayalım ve sonradan dönemlik 8 ders aldığını ve bunların ortalamasının 85 olduğunu varsayalım; yeni derslerden alınan puanlar da öğrencinin puanlarına eklenip GPA'sı hesaplandığında ortalama sadece %2 artarak küçük bir kazanım elde edilir.

Öğrenciler biyolojik temelli psikoloji dersi almamış olabilir ve bu onların akademik durumlarında kayda değer bir boşluk oluşturabileceği söylenir. Bu durumda, daha sonra böyle bir ders almak mantıklı olur. Veya, bir öğrencinin lisans istatistik dersinde kötü bir notu olabilir; bu durumun başarısına bir leke getireceğini düşünebilir. Ayrıca bu notla mezun olma onun okula kabul edilme şansını etkileyebilir. O, aynı anda iki

yarı zamanlı işe giderken ve beş farklı ders alarak batağa saplanmadan daha iyi performans göstereceğini bilir. Bu durumda bu dersleri hemen almak akıllıca olabilir.

Başka bir soru da bir klinik psikoloji yüksek lisans programına başvuruda bulunabilmek için bir psikoloji bölümünden lisans derecesine sahip olunup olunmadığıdır. Hiç şüphesiz bir psikoloji lisans derecesine sahip olmak tavsiye edilir ve bazı programlarda ilgili alanda lisans mezunu olmadan yüksek lisans yapılamazken, bazı programda tamamen de gerekli değildir. Bu programa, müzik, bilgisayar bilimi sosyal hizmetler ya da sosyoloji vb. gibi alanlardan öğrenciler alınabilir. Eğer öğrenci bu durumda ise, seminerlere diğer öğrencilerle birlikte katılıyorsa, kendinden beş kat daha fazla psikoloji lisans dersleri almış olan öğrencilerle aynı bilgi seviyesine erişmek ve aradaki boşluğu kapatmak için psikoloji alanından ek dersler almalıdır.

◇ YÜKSEK LİSANS KAYIT SINAVI (GRE)

Bir oturumluk bir testte öğrencinin almış olduğu sonucun bu kadar önemli olması ve diğer her şeyle doğrudan karşılaştırılması; pek çok öğrencinin gözünde Yüksek Lisans Kayıt Sınavının (GRE) popüler olmamasının nedeni açıklayabilir. Bu sınav oldukça pahalıdır. Pek çok program GRE puanlarına önem verse de GRE puanlarına önem vermeyen bazı programlar da vardır. GRE puanları bir seferde uygulanan tek bir testten elde edilmiş bir sonuçtur. Sınav gününde maksimum performansı gösterebilmek için ciddi şekilde hazırlık yapmak gereklidir.

GRE'nin bir kısmı konu testleri ile ilgilidir ve eğer siz psikoloji için başvuruda bulunuyorsanız, psikoloji konu testini cevaplamalısınız. Not: Ancak, kabul komisyonları psikoloji ile ilgili derslere ilişkin çok sayıda notu görebildikleri için genel eğilim konu testlerinden uzaklaşma yönündedir. Psikoloji testi, sizin lisansınızı yaparken aşina olduğunuz gibi çoktan seçmeli bir testtir. Psikoloji derslerinde iyi notlar almış öğrencilerde bu konu testini yapma eğilimindedirler; Öğrencilerin psikoloji lisans programındaki derslerden aldıkları notlar, GRE psikoloji konu testinden aldığı puanlardan daha yüksekse, başvuru yapan öğrencinin durumunu inceleyen kişinin, öğrencinin GRE alt testinden aldığı puanlarla öğrencinin potansiyelini değerlendirmesi daha olasıdır. Ancak, okuldan mezun olurken öğrencinin lisansı psikoloji değilse; o zaman kabul komitesine, konu testi performansı, birçok psikoloji dersi almış öğrenci ile bu öğrencinin performansını karşılaştırma olanağı verir. Bu durumda, özellikle konu testine hazırlanmak yararlıdır. Sınava hazırlanmaya yardımcı olacak, kalın, makul fiyatlı ve çok kullanışlı ciltli metinler üniversite kitapçılarında satılmaktadır. Büyük şehirlerde, testlere hazırlanmaya yardımcı olan dershaneler tarafından sunulan yararlı kurslar vardır. Biz kursa gitmemiş öğrencilere, GRE testi öncesinde, teste kendilerini alıştırmak için hazırlık kitaplarındaki uygulama testlerini tamamlamalarını ve kendi performansları hakkında geri bildirim almalarını öneririz. Gerçekçi performans geribildiriminin olması, size gerçek teste girmeden nasıl bir hazırlık yapmanız gerektiği konusunda veri sağlar.

Genel GRE testindeki güçlü performansa, gerçek konu testi performansından daha büyük önem verme eğilimi vardır. GRE üç bölümden oluşur, her bölümdeki puan aralığı 0-800 puan arasındadır ve ayrıca diğer teste girenlerin arasında yüzde olarak ne kadar iyi performans gösterildiği önemlidir. **Sözel bölümünde** adayın dilin

genelini kavraması, kelime ve anlama bilgisi değerlendirilmektedir. Sayısal bölümde orta öğretim kurumlarında öğretilen matematik konularından test soruları sorulmakta ve matematiği kullanma yeteneği ölçülmektedir. **Analitik bölümün** biçiminde birçok değişiklik yapılmıştır ve öğrencilerin hukuk fakültesine kabul testlerinde bulunabilecek bazı temel noktaları kapsayan benzerlikte çoktan seçmeli testler bulunmaktadır. 2000'lerin başında, çoktan seçmeli format, 0-6 arasında değerlendirilen bir kompozisyon yazılması ile değiştirildi. **Analitik alt** testinin yapısında geçmiş yıllarda pek çok değişiklik yapıldı, bu yüzden bu teste nasıl hazırlık yapılacağı konusunda öğrencilere tavsiyede bulunmak zordur. Sözel ve sayısal bölüm testlerinin yapısı belirtilen yıllardan bu yana çok az değişmiştir; bu bölümlerde çoktan seçmeli soru biçimleri kullanılmaktadır. Birçok üniversite sözel/sayısal alt testlerin bileşiminden oluşan testler için minimal başarı, kesme noktasını 1000-1200 arasında tutar. Her öğrencinin performansı sadece 800 üzerinden belirlenen puanlarla ifade edilmez – öğrencilerin sınav sonuçlarından elde ettiği sonuçlar, aynı sınava giren diğer öğrencilerin yüzdelik başarıları ile karşılaştırılarak ifade edilir. GRE'nin çeşitli formlarının zorluk düzeyleri değişebilir; kabul komiteleri bir öğrencinin potansiyelini değerlendirirken çoğunlukla bu öğrencinin sınava giren öğrenciler içinde gösterdiği yüzdelik başarı sıralamasına güvenmektedir.

GRE sınavına giren öğrencilerin sık sık sorduğu bir soru: "Mutlak puan ve yüzdelik sıralama kabul için ne kadar güvenlidir?" Her program, kendi standartlarına sahiptir ve sınırlı sayıdaki eğitim noktalarında rekabetin derecesi yıldan yıla bir miktar dalgalanma gösterdiği için bu soruyu cevaplamak zordur. Lisansüstü başvurularına bakanların uzun yıllar edindiği deneyimlerden bir öneri: Öğrenciler, yüzde 80'lik veya daha iyi bir başarı elde ettiklerinde tekrar puanlarını artırmak umudu ile teste yeniden almamalı; muhtemelen bunu yapmayacaklardır. Yüzde 80 ve üstündeki bir başarı mükemmel ve umut verici bir performans olarak kabul edilir. Yüzde 50 ve altında bir başarı elde eden öğrencinin kabul edilmesi olası değildir alt testlerden de yüzde 50'nin altında bir performans da sorunlu olabilir.

Birkaç gözlemin sunulması ile test puanları yorumlamaya ve sınava hazırlık çalışmalarına yardımcı olacaktır. Sözel test puanları test uygulanmaya başladığından bu yana çok istikrarlı olma eğilimindedir ve testi tekrar alanların puanları ve çok çeşitli kaynaklardan elde edilen geniş bilgiler ile bu sonuca varılmıştır. Bir hobi olarak çocukluk dönemini bir miktar fazla okuma yaparak geçirenlerin, çocukluklarını televizyon karşısında vakit geçirenlere göre daha başarılı oldukları görülmüştür. Test bölümlerinde genellikle Yunanca veya Latince kökleri olan sofistike kelime bilgilerin değerlendirmektedir. ("paramount" "expedient" "punctilious" veya "obstreperous" gibi kelimeleri düşünün) Bir dereceye kadar bu bilgi derlenerek ve bir yabancı dildeki kelime listeleri öğrenilerek geliştirilebilir. Teste girecek kişinin bu kelimeleri özümlemesi önemlidir. Her küçük sınavın her baskısının başında 20 kadar terim sunulmaktadır; ayrıca sınava hazırlanmaya yardımcı olan web siteleri (http://www.wordsmith.org veya http: //www. bestvocab com.) vardır. Sözel alt testin diğer bölümleri için hazırlanmak daha da zordur ve GRE sözel alt testinden elde edilecek kazanç daha da sınırlı olacaktır.

Sözel alt testin aksine sayısal alt test, hazırlıkla kolayca geliştirilir ve performans büyük ölçüde öngörülebilir; (a) testi alan ne kadar uzun zaman önce lisede bu bilgiyi almıştır ve (b) o zaman ne kadar iyi matematik yapmıştır. Bu teste, eski lise matematik kitapları veya GRE hazırlık kitaplarındaki matematik formülleri ve ilkeleri gözden geçirilerek hazırlanmak nispeten kolaydır. İlk kez testi alan kişi sayısal testten kötü

bir sonuç alsa bile bu bilgileri yeniden öğrendikten sonra tekrar testi alarak puanını mükemmel bir şekilde geliştirme şansı bulunmaktadır. Zaman zaman, öğrenciler lisans derslerinden iyi notlar almalarına karşın alt testten iyi puan alamazlar. Kabul komiteler adaya hâlâ olumlu bakabilir çünkü komite öğrencinin bir dönem dersinden iki kez "A" almış olduğuna inanmak eğilimindedir. Kabul komisyonları GRE gibi tek oturumluk bir sınav sonucuna göre uzun sürede elde edilen (dönem boyunca) bir dersten iki kez "A" almış olduğuna inanmanın öğrencinin öğrenme potansiyelini gösteren daha anlamlı bir istatiksel gösterge olduğuna inanmak eğilimindedir.

GRE sınavını alan yüzde ellilik kesme noktası civarında düşük puan alan öğrencilerin durumları problemli olabilir; %80'in üstündeki puan göreceli olarak daha güvenli olacaktır. Daha sonra düşük puan alanların, daha iyi bir hazırlık yapmak için zaman ve para harcayıp sınava yeniden girmeyi isteyip istemediklerine karar vermeleri gerekmektedir. Bu karar, ilk kez GRE sınavına girdiklerinde ne olduğunun gerçekçi bir değerlendirmesine dayalı olmalıdır. Bir öğrenci, sınava girmeden önceki gece partiye katıldığı için başı dumanlı olabilir veya kötü bir gripten yeni çıkıyor olabilir, o zaman performansı, gerçek yeteneğinin altında olabilir. Ancak, öğrenci yapabildiğinin en iyisini yaptıysa sonrasında neler olabileceğine karar vermelidir.

Öğrencilere, GRE sınavını alacakları zamanı (yani, başvuru öncesinde tarihe kadar) iyi bir şekilde planlamaları tavsiye edilir. Böylece elde ettikleri test puanlarını üniversitelere göndermek için yeterli zamanları olacaktır. Eğer öğrenciler ilk test puanlarından memnun değilse sınava tekrar girebilirler ve üniversitelere başvurularını yaparken tekrarlanan testin sonuçlarını zamanında alabilirler.

Önemli bir ek not, başvuru yapanların ikinci dili İngilizce ise GRE sonuçlarının geçerliği sorgulanabilir. Bu durum özellikle sözel alt ölçek için doğrudur. Eğer bir öğrencinin ikinci dili İngilizce ve ülke dışından başvuruyorsa üniversiteler, genellikle bu başvuranların ayrıca yabancı dil İngilizce testinden (TOEFL'dan mümkün olan en iyi skor 800 puandır.) 550-600 arasında bir puan almaları beklenmektedir. İkinci dil adaylarının sözlü alt test üzerinde öngörülebilir zayıf performans gösterdiklerinde, referans mektuplarındaki öğrencinin yeteneği ile ilgili niteliksel değerlendirmeler ve yorumlar ve GRE sınavındaki eksik görünen test performansını telafi etmek için özellikle gerekli olabilir.

İlginin İfade Edilmesi

Her başvuru yapan adaydan kişiselleştirilmiş bir kompozisyon yazmaları beklenir ve bu kompozisyonu hazırlamak için yeterince zaman ayırmanızın zorunlu olduğunu bilmelisiniz. Genellikle iki sayfalık iyi bir uzunluk, başvuranların bundan sonra kariyerlerini nasıl geliştirmek istedikleri ve ilgileri arasındaki dengeyi çarpıcı bir şekilde belirtmeleri; klinik psikolojide hangi konunun onları heyecanlandırdığını belirtmeleri istenir (Forsyth ve Wolfert, 1999). Özellikle öğrencilerin bu ihtiyaçlarını karşılanması için başvurdukları okuldan nasıl yardım alabileceklerini vurgulamaları iyi bir fikirdir. Bu bölümde başvuranın ilgisini ifade etmesi, kendi isteği ile üniversitenin misyonunun güçlü bir şekilde nasıl örtüştüğünü göstermesi için önemli bir fırsat bulunmaktadır. Başvuran öğrencinin çok dar olan ilgi alanlarını ifade etmeleri akıllıca olmaz, yetenekli olduğu alanlar varsa bunlar paylaşılabilir. Örneğin, başvuru yapan kişi ebeveynlerinin alkol problemi yüzünden orta yaşlarda bilişsel problem yaşayan kişilerle çalışmak istediğini, başvurduğu üniversiteye belirtirse tahmin edilebileceği gibi danışman bulma sorunu ortaya çıkacaktır.

Üniversite başvurularını kabul ederse başvuranlar, yalnız o konuda uzun süre çalışmak istediklerini söylememeliler ayni zamanda neden bu problemin üstünde çalışmaya gönüllü olduklarının öyküsünü anlatmalılar. Örneğin madde bağımlılığı konusunda çalışmak isteyebilirsiniz, böyle bir alanda çalışırken ille de sizin ailenizde bir kronik madde bağımlısının yaşadığı felaketten etkilenerek bu konuyu öğrenmiş olmanız gerekmez. Madde bağımlılığının biyolojik ve sosyal nedenlerini anlamak için dersler almış olabilir ve maddeyi bağımlılarının barındıkları yerlerde onlar için gönüllü çalışmalara katılmış olabilirsiniz. Böyle bir konu makul büyüklükteki bir bölümün ilgi alanı içinde olabilir. Bu konuda çalışmaya çok istekli olabilirler ve öğrencinin başvuru hazırlığının çok uygun olduğunu düşünebilirler. Bu ifadelerle kişisel ilginizi açıkça belirtmeniz tavsiye edilir ve bu tür bir ilgi için ille de anoreksiya olup 6 kez hastaneye yatmış olmanız veya ebeveynleriniz tarafından istismara uğramış olmanız gibi kişisel hayatınızda yaşamış olduğunuz büyük bir yıkım gerekmez. Başvuru formunda ilginizi açıklayan ifadelerin sizinle çalışan bir profesör veya bir yüksek lisans öğrencisi tarafından gözden geçirilmesini sağlayın.

Birçok üniversitede, öğrencinin kabul sürecinde danışman hoca modeli uygulanır ve öğrencinin çalışmak istediği alanda bir fakülte öğretim üyesinin alınacak öğrenciye danışmanlık yapmayı uygun bulması gereklidir. Bu programı izleyen üniversitelerde başvuru tarihinden 3-6 ay önce, başvurmayı düşünen öğrencilerin, danışmana izleyen yılda yeni bir öğrenci alıp almayı düşünmediği sorulmalıdır. Bu vesile ile potansiyel başvuru sahipleri, öğretim üyesine örtüşen ilgilerinden bahsedebilir ve hatta özgeçmişinin bir kopyasını da gönderebilir. Belki o öğretim üyesi ertesi yıl için bir araştırma izni almış olabilir ya da o yeni bir öğrenci almış olabilir ya da sizin bu alanda ne kadar parlak olduğunuza bakmaksızın yeni bir öğrenci alma niyetinde olmayabilir. Bu bölümde bu konu ile ilgili başka bir danışman olamayabilir, başvuran bu durumu erkenden öğrenerek para, emek ve zaman kaybı yaşamaz. Öğretim üyelerinin kabul edilip edilmeyeceğinize ilişkin bir yorum yapmadan, büyük çoğunluğunun böyle erken tarihte sorulan soruya hızla cevap verdiklerini biliyoruz.

Daha önce söylediğimiz gibi klinik eğitim programları ile ilgili misyon ifadelerini dikkatlice okuyun. Örneğin; eğer sizin şehrinizde bir programın misyon ifadesi güçlü bir araştırma vurgusu yapıyorsa ve sizin de araştırma yapmak çok ilginizi çekmiyorsa, yalnızca oradan taşınmak istemediğiniz için o programa başvuruyorsanız bu hem kendinizi hem de üniversiteyi aldatmak üzere olduğunuzu gösterir. Bu tür bir kendini kandırma sizi karmaşık deneyimlere sokar. Açıklanan misyon ve felsefe ifadeleri sizin isteklerinizle uyumsuzsa bu tür programlara başvurmanız önerilmez.

Referans Mektupları

Referans mektuplarının, GPA ve GRE puanları gibi standartları yoktur. Referans mektupları oldukça önemlidir çünkü adaylar hakkında bir şeyler öğrenmeyi mümkün kılar. Özellikle klinik programlar için başvuranların, akademik transkript yoluyla gelmeyen sosyal becerileri ve kişiler arası duyarlılıkları merak edilir. Bazı noktalarda deneyimli psikologların sizin için referans mektupları yazması gerekli olabilecektir. Bununla kastedilen şudur; gelecekte iyi bir referans mektubu yazabilmek için bireyleri iyi tanımanız gerektiği anlatılmak istenmektedir. Buradaki nedenlerden biri gönüllü öğrencilerin ya da araştırma görevlilerinin toplum için gönüllü olarak çalışmak istedikleridir.

Bir profesör, size ve diğer 399 öğrenciye ders veriyorsa sizin hakkınızda anlamlı bir mektup yazması beklenemez. Ancak siz bir araştırma projesinde onunla birlikte çalıştıysanız ya da bir onur programında yer aldıysanız sizin için anlamlı bir yorum yapabilir. Arkadaşınızdan, ailenizden ya da bebeğine baktığınız bir aileden referans almanız uygun olmaz. Üniversite hocalarından mektup almaya çalışın çünkü (a) onların referans mektubunu okuyan kişiler onların yargılarının güvenilir olduğunu bilirler; (b) profesörler, öğrenci kabul sürecini bildikleri için sizin hakkınızda güçlü ve tarafsız referans mektubu yazma eğilimdedirler. Siz öğretim üyesine, "Benim hakkımda klinik bir programa kabul edilmek için iyi bir referans mektubu yazabilir misiniz?" diye sorduğunuzda onların vereceği cevabı dikkatle dinleyin. Eğer profesör bütün nitelikler ve koşulları söyleme konusunda istekli değilse, referans mektubu yazsa bile bu referansın yeterince güçlü olmayacağı söylenebilir. Bu durumda başka alternatif referans mektupları bulmanız daha iyi olur. Referans mektubu istediğiniz insanlara en az 2 ila 3 hafta önceden haber verin. Onlardan sizin için her şeyi bırakıp ve bir gün sonra böyle bir mektubu oluşturmalarını bekleyemezsiniz. Böyle bir istek mantıksız olur ve sizinle ilgili övgüleri olumsuz etkileyecek kötü bir ortam yaratır. Profesörlerin, sizin gibi başvuru yapan pek çok öğrenci için12 veya daha fazla programa mektup yazmak durumunda olması muhtemeldir. Bu yüzden kolay bir başvuru paketini özenle hazırlamanız önemlidir: Zarfların üstünde bütün adreslerin yazılı olması, pulların yapıştırılmış olması, eğitimle ilgili detayların bulunması, son başvuru tarihlerinin belirtilmesi, kapalı olarak gönderilecek mektupların doğrudan üniversiteye gönderilmesi ve geri dönüş adreslerinin yazılması gereklidir.

Araştırma mı Klinik Deneyim mi?

Bu soruya verilecek en önemli yanıt; herhangi bir deneyimin çok takdir göreceğidir çünkü bir deneyim, insiyatif almayı ve yararlı beceriler kullanmayı öğretir. Şüphesiz her iki alanda da deneyime sahip olmak iyi olur ancak yalnız birinde de deneyim sahibi olmak tercih nedenidir. Önemli bir bakış açısı da hangi alanda başvuru yapılıyorsa o alanda deneyim sahibi olunması önemlidir. Örneğin güçlü bir araştırma odaklı bir program için araştırma deneyiminin olması, yarar sağlayacaktır. Eğer biri bu deneyimlerden birini diğerine göre tercih etmek durumda kalırsa araştırma deneyimini seçmelidir. Çünkü bu deneyim onlara fakülte ile yakın ilişki kurdukları için referans mektubu alabilmelerini ve yüksek lisans öğrencileri ile ilişki kurmalarını ve onlardan yüksek lisans programına nasıl girecekleri ve orada eğitimlerini nasıl sürdürecekleri konusunda birtakım ipuçları ve tavsiyeler almaları mümkün olur.

Zamanlama Bilgileri

Kuzey Amerika'da, son başvuru tarihleri çoğunlukla Aralık veya Ocak ayındadır. Bu programlar 1 Nisandan önce kabul tekliflerinin birinci turunu yaparlar ve Şubat ve Mart aylarında kritik değerlendirmeler yapılır. Özellikle programlar ilgilendikleri öğrencilerle hızlı görüşmeler yapmak isteler ve bunun için onların görüşmeye gelmesi veya telefonla görüşmeler yapmak üzere davet edilmesi gerekir. Ne yazık

ki sık sık bu görüşmeler için farklı bir ülke, eyalet veya şehirlere uçmak öğrencilere ciddi mali ve lojistik yük getirmesine karşın başvuru yapanlara önerimiz, eğer görüşme için davet edildiğiniz programı ciddi bir şekilde düşünüyorsanız bu görüşmeye gidin. Başvuru yaptığınız zaman, fakültedeki kişilerle; danışmanlarla, kabul komitesi ile iletişim içinde olun, üniversitede yapılan çalışmalar ve onların yapmış olduğu çalışmalar hakkında bilgi edinin. Bu dönemde birçok öğrenci için kabul komisyonundan gelen gerçek kararlar inişli çıkışlı duygusallıkların yaşanmasına neden olur. Çünkü ret mailleri gelir ve hatta bazı üniversiteler bu mektupları büyük bir nezaketle gönderirler, ancak hayır kararını almak yine de acı vericidir. "Eğer bir piyango bileti satın almazsanız ikramiye kazanamazsınız" ve öğrenciler başvurdukları üniversitelerin bir kısmından bazı şans etkenlerinden de etkilenerek farklı cevaplar alacaklarıdır. Bazı öğrenciler prestijli programlar tarafından izlendiklerinde ve onlardan teklif aldıklarında çok heyecanlanırlar ve haklı bir kişisel gurur anı yaşayabilirler. Öğrenciler birden fazla teklif aldıklarında çeşitli üniversitelerin finansal paketleri ile ilgili olarak diplomatik pazarlıklar yapabilme fırsatına sahip olurlar.

Böyle durumlarda öğrencilere başvurdukları çeşitli programlarla ilgili olarak çekicilik sırasına göre açık bir hiyerarşik sıralama oluşturmaları güçlü bir şekilde önerilir. Bir öğrenci 12 yüksek lisans programına başvurduğunda ve bunlardan 11. 4. ve 3. sıradakilerden kabul teklifi aldığında; hemen en üst sıradaki iki teklife odaklanmak mantıklı olur. Diğer programlara gelmeyeceğimizi hızla bildirmeliyiz. Çünkü daha fazla gecikmeden yaptığınız bildirim, biraz daha zayıf kayıtları olan diğer başvuru sahiplerine kabul edilebilme şansı verecek ve onları mutlu edecektir. Daha sonra bu iki kişisel seçiminiz için üniversiteyi ziyaret edin, eğer almadıysanız broşürlerini alın ve o programların özellikleri hakkında mümkün olan en çok bilgiyi edinin. Örneğin çok başarılı bir ve iki yüksek lisans mezunu ile bağlantı kurun ve kurumun içyapısı ile ilgili sorular sorun, en popüler danışmanın kim olduğunu, kaç öğrencinin programı bitirmeden ayrıldığını öğrenin; üniversitenin entelektüel, finansal ve duygusal destek programları ve günlük yaşamın kalitesi hakkında bilgiler alın. Bütün bu bilgileri öğrendikten sonra artık kararınızı vermek için hazırsınız.

Yüksek Lisans Eğitiminden En İyi Şekilde Yararlanma

Lisansüstü eğitim veren programlarda sizi hayata hazırlayacak, gelişiminizi sağlayacak çok sayıda kitap, makale ve kolayca ulaşacağınız çeşitli web arama motorları vardır. Lisansüstü deneyimi öğrencinin gelecekteki potansiyel gelişiminde öğrencinin özel danışmanı ile ve programla iyi uyumu olup olmadığına göre büyük ölçüde değişiklik gösterir. Pek çok öğrenci, lisansüstü programdan taleplerini elde etmenin yanında büyük bir üniversitenin prestiji içinde sınıf arkadaşları ve öğretim üyeleri ile etkileşim içinde olmaktan ve entelektüel uyarım duymaktan heyecan duyar ve zevk alırlar. Tabii ki, başarılı bir öğrencinin haftada en az 60 ile 80 saat arasında bir çalışma yapması gereklidir ama onlar sonunda ilgilendikleri konularda birtakım uygulamalara katılmaktan (okumaktan çok bazı uygulamalardan), hasta görmekten ve kendilerinin belirlediği düşünceler, projeler ve çalışmalardan büyük heyecan duyarlar.

Lisansüstü eğitimini başarılı bir şekilde yapabilmek için izlenecek ipuçları aşağıdaki gibidir:

1. Çözülmemiş sorunların sizi sürüklemesine izin vermeyin.
2. Sorunlar hakkında danışmanlarınızla çabucak ve açıkça iletişim kurun ve yardım isteyin.
3. Danışmanlarınızla ve diğer öğrencilerle birlikte planlar yapın ve onların desteklerinden tam olarak yararlanın
4. Ortaya çıkabilecek, çözülebilecek problemli konular için diğer öğrencilerin ve arkadaşlarınızın görüşler alın.

Lisansüstü programlarla, lisans programları arasında en büyük fark, lisansüstü programlarında kimse kendisini gizleyemez. Yüksek lisans programlarında bir derste altı öğrenci bulur ur, orada olmadığınızı, derse sürekli geç kaldığınızı herkes bilir. Eğer bir lisans öğrencisi olarak birçok durumla uğraşmakta zorlandıysanız, bu durumları lisansüstü programda daha sonra da mesleki yaşamınızda daha iyi hâle getirebilir ve kullanabilirsiniz. Sınırsız zamanda mükemmel olmayan ürünler değil; sınırlı zamanda önceliklerinizi ve yüksek kaliteli ürünler üretm eyi öğrenmeye ihtiyacınız olur. En büyük potansiyel engel, kendi yapacağınız araştırma olabilir. Yüksek lisans ve doktora programlarında tez hazırlanması gerekir. Bu yeni alanda, nasıl işlem yapılacağı, ne kadar zaman harcanacağı, uygulama sırasında ortaya çıkabilecek sorunların üstesinden nasıl gelineceği gibi yeni durumlar (örneğin; tartışmalı bir alanda çalışırken etik onay almak veya solak olan, depresif, 20 ile 40 yaşlar arasında 200 katılımcı bulmak gibi konular) bulunmaktadır. Gerçek, iyi danışmanlar, öğrencilere projeleri alması için izin vermeli, nitelikli projeleri makul zamanında tamamlaması için cesaretlendirmelidir.

Lisansüstü öğrencilerine güzel bir haber, pek çok lisansüstü programı öğrencilerini bir yatırım olarak görür. Sizler büyük bir öğrenci havuzundan özenle seçildiniz, onlar sizin parlak ve gelecek vadettiğinizi bilirler. Onlar bunu sık sık söylemse bile sizin yüksek düzeyde başarılı olacağınızı düşünür ve bunu isterler. Doktora programlarından çok başarılı bir şekilde mezun olmuş öğrenciler akademik danışmanlarının gurur kaynağıd r. Bu programlarda üniversiteler, mezun öğrencilerinin yarı zamanlı işlerde, kafelerde, burger salonlarında çalışarak dikkatlerinin dağılmasını istemezler, onların hızlı bir gelişimi göstermesi için finansal destek bulmaya gayret ederler,

Araştırma ve uygulama alanlarında lisansüstü programlarından mezun olanların büyük avantajları vardır. Her türlü kariyer seçenekleri onlara açıktır. Onlar doktora sonrasında (bu düzeyde tavsiye edilmemesine rağmen) biraz daha uzmanlık eğitimi almak, bir uygulama deneyimi kazanmak isteyebilirler.

Doktora Sonrası Eğitim

Psikolojinin klinik olmayan alanlarında, iyi gelişmiş birkaç kariyer yolu vardır ve mezunların çoğu akademik kariyer yapmayı hedefler. Doktora sonrası alınan ek eğitim ve uygulamalar, eğitimi tamamlamak için standart hâle gelmiştir. Bu ek eğitim sürecinde yayınların artması, özel becerileri kazanılması için fırsatlar bulunur. Klinik psikoloji derecesi olanlarda doktora sonrası eğitim daha az tipiktir, çünkü bütün lisans bölümlerinde doktora sonrası eğitim gerekli olmamasına karşın bu durum normlardan daha sık değildir. Doktora sonrası eğitimde süpervizyon bazı lisans türleri için zorunludur; eyaletten eyalete, bölgeden bölgeye değişen zorunluluklar vardır; adayın bu değişik gereklikleri üzerinde çalışması farklılıkları karşılaştırması gereklidir.

Adayda meslekle ilgili pek çok çatışan düşünce olduğu için belli bir süre çok az ya da hiç para kazanmamasına karşın yine de doktora sonrası eğitime ihtiyaç duyulmaktadır.

Peki, bütün bunlardan sonra bir doktora sonrası eğitim yapmalı mıyım? Eğer geniş tabanlı klinik eğitim var ise o da size hayatınızın geri kalanı için uygulamayı istediğiniz belirli bir uzmanlık alanı sağlıyorsa, özellikle bu rekabet dünyasında yer almak için doktora sonrası eğitimi almak istemelisiniz. Klinik psikoloji alanında bir genel eğitim alan bir öğrenci, nöropsikoloji alanına ilgi duyduğunu keşfedebilir ve doktora sonrası eğitimle bu alanda daha fazla eğitim ihtiyacını karşılar. Eğer akademik kariyer yapmak istiyorsanız, doktora sonrası eğitim, yeni teknikler öğrenmek, bir alanda uzmanlığını geliştirmek, yayın kaydını artırmak; kadrolu bir görev için başvuru yaparken çok çekici olarak görünmek istiyorsanız çok yararlı olabilir. Diğer taraftan, asıl ilgi alanınız iş piyasasında sadece okul dışında çalışmaksa, eğer yaşadığınız eyalet veya ülkede muayenehane açmak için doktora sonrası eğitim gerekliyse, elbette, doktora sonrası eğitimi yapmanız gereklidir.

Çalışma Lisansı Almak

Kuzey Amerika ve diğer birçok ülkede, klinik psikologların çalışabilmesi için çalışma lisansının (ilgili kurum tarafından tescil edilmiş veya sözleşmeli) olması beklenir. Hükümetler gerekli yetkinlikten uzak ya da etik olmayan uygulamalardan doğabilecek zararlardan halkı korumak için bu alanda lisanslama kriterleri koymuştur. Bu da sigortalı olanların, lisanslı olmayan kimseye psikolojik hizmetler için ödeme yapmayacağı anlamına gelir. Bu nedenle, kayıtlı olmak veya lisanslı olmak bu alanda çalışacak psikologların mali refahı için hayati önem taşımaktadır. Ne yazık ki, bu süreç, kolay, hızlı ve ucuz bir süreç değildir. Lisans için başvuran klinik psikolog adaylarının tüm uygulama deneyimlerini belgelemeleri, transkriptlerini temin etmeleri, iyi karakterlerini destekleyen referans mektupları almaları, sabıka kayıt belgesini temin etmeleri, standartlaştırılmış bir lisans sınavına girerek [profesyonel psikoloji mesleki uygulama sınav (EPPP)] %70'lik bir puan aldıklarını özenle belgelemeleri gereklidir. Bazı bölgelerde de lisans almak için bir hukuk sınavına girmek gereklidir. Web üzerinde, biri kolayca çeşitli yüksek lisans programlardan mezun olanların EPPP'den ne kadar iyi sonuç aldıklarına ilişkin bilgiye ulaşabilir (http: //www.socialpsychology.org/clinrank1997.htm). Araştırma odaklı doktora programlarından (PhD) mezun olanların, PsyD programlarından mezun olanlara göre daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir (Yu ve diğ., 1997). Bir websitesi (http: //web.uvic.ca/psyc/clinical/eppresults.html) 2008'de yayınladığı bir belge ile Devlet Profesyonel Psikoloji Kurulu Derneği'nin bütün bölgelerde tüm doktora düzeyinde testine girenlerin ortalama performansları hakkında okuyucuları bilgilendirmiştir; buna göre bütün bölgelerden girenlerin ortalamaları %67.4, en iyi performans gösteren programın başarı oranı %84'tir. Bütün Kanada klinik psikoloji doktora programları mezunlarının ortalama başarı oranı %80'dir.

Bir kez kayıt olduysanız veya lisanslıysanız, uygulayıcı olarak sizden sürekli olarak eğitim almanız ve problemli durumlardan, hastaların sizi yetersizlikle suçlayarak şikâyet etmelerinden, psikologlar için etik dışı davranışlardan kaçınmanız beklenir. Böyle bir şikâyet meslek-barosundan kovulmaya yol açmasa bile (nadiren kovulabilir), uzun, pahalı, belirsiz ve korku ile kuşatılmış bir sürece girilmesine neden olur. Bu kitapta 4. Bölüm'deki etikle ilgili hususların dikkatlice okunması sorunlardan kaçınmanız için size yardımcı olacak ve sizi para kaybından koruyacaktır. Bir şikâyet süreci bezdirici bir süreçtir ve hiçbir şey, şikâ-

yetlerin gelmemesi için gösterilecek çabalardan daha akıllıca değildir. Birçok şikâyet gizlilik, algılanan yeterlilik ve kayıt tutma konuları ile ilgilidir. Cinsel suistimalden suçlu bulunmuş bir terapist kolayca bu iddiayı inkar edemez ve bu konu ile ilgili eğitim verdiğini savunamaz: Hayır, siz danışanlarınızla seks yapamazsınız! (Bakınız 4. Bölüm Etik konusu). Cinsel usulsüzlük davranışları ile ilgili şikâyetler büyük olasılıkla lisans kaybına neden olur.

Siz klinik alanda iseniz (bir çalışan veya serbest meslek sahibi olarak), tükenmişlik riskinden kaçınmak için hazırlık ve planlama yapmanız gerekir. Eğer siz tek başınıza çalışıyorsanız ve oldukça uzun bir süre için aynı tür sorunlarla ve benzer danışanlarla çalışıyorsanız tükenmişlik yaşamanız yüksek bir olasılıkla muhtemeldir. Bu tür görevleri yapanlarla ilgili pek çok vaka kaydı bulunmaktadır. Bu tür işlerde çalışanların düzenli olarak becerilerini geliştirmeleri, aynı görevi yapanlarla bir iletişim ağı içinde, düzenli olarak etkileşim hâlinde olmaları gereklidir. Gönüllü olarak mesleğinizle ilgili bir kontrolör ya da bir dernek veya eyalet komitesi tarafından genç meslektaşlarınızın gözetim ve denetim altında olması ve genç meslektaşlarınızın çalışmalarında yardımcı olunması onları, tükenmişlikten korur ve klinik psikologların kariyer seçiminden en üst düzeyde zevk almalarını sağlar.

SONUÇ

Bu bölümde, lisansüstü programlara başvuru süreci hakkında, ayrıntılar ve ipuçları verildi. Bu ipuçlarının öğrencilerin şansını artırmalarına yardımcı olacağını umuyoruz. Ayrıca, lisansüstü eğitiminizin tamamlanmasından sonra bir mesleğe nasıl başlanacağı ve meslek yaşamınız süresince klinik psikoloji alanında nasıl mutlu olabileceğiniz açıklandı.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Değişik akademik eğitim programlara GRE puanları ile nasıl yerleştirme yapılacağı konusunda öğretim üyeleri arasında çok fazla görüş ayrılığı bulunmaktadır. Bu düzeyde kişisel görüşümüz, bu kitabın yazarları olarak, çok zor bulacağınız GRE testinin, analitik test kısmını en iyi şekilde yapabilirsiniz. GRE yararı üzerinde tartışmalar devam edecek ve ilerde bazı alt testlerinin biçiminde başka değişiklikler görülebilecektir. Geleceğin psikologları için zamanında kariyer planı yapmak onların kariyerlerinin daha iyi gitmesini sağlayacaktır. Bu planlama sürecinden ve fırsatlardan en üst düzeyde yararlanmak için ne kadar zaman harcanacağı hep şaşırtıcı olmuştur. Adaylar, klinik psikoloji veya psikolojik danışmanlığa başvururken, PsyD veya PhD arasında çok kişisel ve zor seçimler yapmak zorundadır.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Analitik bölüm (Analytical section)
Bilim (Felsefe) Doktorası (PhD)
Doktora (PsyD)
Psikanalist (Psychoanalyst)
Sayısal bölüm (Quantitative section)
Sözel bölüm (Verbal section)
Yüksek Lisans Kayıt Sınavı (GRE)
(Graduate record examination
(GRE)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

Bu bölüm düşünme yapısı ve sınav soruları için uygun değildir; çünkü burada çok fazla fikir önerilmektedir ve onlar da vakaların öğrenilmesinden çok deneyimlere dayanmaktadır.

KAYNAKÇA

American Psychological Association (Corporate Author) (2010). *Graduate Study in Psychology,* Washington, D.C.

Forsyth, J. P., & Wulfert, E. (1999). Applying to doctoral training programs in clinical psychology: Writing an effective personal statement. *The Behavior Therapist, 22,* 113–115.

Kuther T. L. (2006). *Your career in psychology: Clinical and counseling psychology.* Belmont, CA: Thompson Wadsworth.

Mayne, T. J., Norcross, J. C., & Sayette, M. A. (1994). Admission requirements, acceptance rates, and financial assistance in clinical psychology programs: Diversity across the practice research continuum. *American Psychologist, 49,* 605–611.

Sayette, M. A., Mayne, T. J., & Norcross, J. C. (2004). *Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology.* New York: Guilford Press.

Yu, L. M., Rinaldi, S. A., Templer, D. I., Colbert, L. A., Siscoe, K., & Van Patten, K. (1997). Score on the examination for professional practice in psychology as a function of attributes of clinical psychology graduate programs. *Psychological Science, 8,* 347–350.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Okuyucu, "klinik psikoloji dersi"ni almadan önce muhtemelen araştırma yönteminde temel bir eğitim almış olacaktır. Klinik psikoloji, genel olarak psikolojiden bir takım bilgi alanlarını bir araya getirir ve bunları dünyanın gerçek problemlerine ve insanlara uygular. Dolayısıyla, klinik psikoloji uygulamalarında ve psikolojide temel bilgileri toplama yöntemleri arasında bir çakışma kaçınılmaz olmaktadır. Deneysel laboratuar çalışmalarının genel prensipleri bu bağlamda konu ile ilgili olmayıp burada üzerinde durulmayacaktır (bir inceleme için bk. Howitt, 2005; Rosnow ve Rosenthâl). Dolayısıyla bu bölümde araştırma yöntemleri üzerinde durulacak ve klinik psikologların aşina olmaları gereken kavramlar tanıtılacaktır:

- Test geliştirme ve test geçerliği,
- Tedavi etkilerinin ve yenilikçi klinik uygulamalarının değerlendirilmesi,
- Psikopatolojik mekanizmalarda araştırma yöntemleri.

◇ BÖLÜM ORGANİZASYONU

Klinik psikoloji, sürekli kendini yenileyen, hazırda bulunan ve yeni testler üzerinde geçerlik çalışmaları yapılan birçok bilgi uygulamasına katılımda bulunan canlı bir alandır. Birinci bölümde, kanser hastalarında sıkıntı tarama aracı geliştirmesi gereken psikolog A hakkında okuduklarınızı hatırlayın. Ayrıca, araştırmacılar, hem kimin hangi süreçle iyileştiğini, hem de bireyleri yeniden tamamen işlevsel hâle getirmek için yapılan tedavilerin ne derece etkili olduğunu daha iyi anlayabilmemiz için psikoterapideki değişim sürecini belgelemekle ilgilenirler. Bu bilgi, zamanı geldiğinde bir sonraki klinik psikologlar kuşağına aktarılır.

---

* Çeviren: Psikolog Alper YAHYAGİL

Araştırma yapmak, klinik psikolojiyi diğer psikoloji alanlarından ayıracak şekilde, doğrudan klinik uygulamanın gelişimine katkıda bulunur. Klinik psikologların, bir yandan danışanlarının ne zaman ve nasıl iyileştiklerini bilmek isterlerken, bir yandan da sağlık hizmetleri yöneticilerine ve karar alıcılarına çalışmalarının fayda-zarar hesabını destekleyecek savunmalarını sunmaları gerekir. Sağlık hizmetlerinde bulunan psikologlar, geçen birkaç onyıl içerisinde fayda-zarar hesabını gösterebilen uzmanlık alanlarının kesinti ve politika değişikliklerine karşı kısmen korunduğunu öğrenmiş olacaklardır.

Bu bölümde üzerinde durulacak aşağıdaki yöntemler klinik uygulamacılar ve araştırmacılar için oldukça anlamlıdır:

Gözlemsel yöntemler, seanslarda veya doğal ortamlarında danışanların dikkatlice gözlemlenmesi ile onlardan bilgi almak amaçlı gerçekleştirilen yapılandırılmış klinik görüşmeleri yürütmek için gereken temel becerilerden oluşmaktadır.

Anketler ve **soru formları**, araştırma ve klinik değerlendirmelerde sıkça kullanılan kişilik ve psikopatoloji kişisel rapor araçlarıdır. Psikologların, standardize edilmiş değerlendirme araçları ile çalıştıklarında (ki öyle yapmalıdırlar), aracın potansiyeli ve sınırlamalarının farkında olmaları hassas bir durumdur. Belli bir danışana uygun olmayan değerlendirme araçlarının kullanılması etik dışıdır, özellikle mahkemelerde psikologlar karar verirken kullandıkları testlerin psikometrik özellikleri hakkında oldukça detaylı bir şekilde sorgulanırlar.

Tek vaka çalışma yöntemleri, özellikle terapistler yeni yöntemler veya yeni tür danışanlar ile çalıştıklarında ve danışanların yenilikçi veya deneysel müdahâlelere nasıl tepki verdiklerini değerlendirmek istediklerinde kullanışlı olmaktadırlar. Böylece edinilen bilgi, benzer danışanlarla veya problemlerle ilgili gelecekteki çalışmalara rehber olabilir ve daha resmî klinik deneme protokollerinin ve tedavi kılavuzlarının geliştirilmesinde öncü lük edebilir.

Tedavi sonuç çalışmaları, mevcut veya yeni klinik müdahâlelerin değerini belgeleme ve müdahâlelerin nasıl ve neden çalıştığını anlama açısından çok önemlidir. Tedavi sonuçları, klinik uygulamaları ileriye götürmede güvenilebilecek bilgiyi yaratmada seçkisiz ve kontrollü klinik denemelerin altın standart olarak görüldüğü, çeşitli çok yönlülük derecelerinde çalışılabilir.

Dolayısıyla bu bölüme, psikometrik ve test geliştirme ile ilgili bir kısımla başlanacak, ardından tedavi sonuçlarını belgelemede yararlı olan araştırma tasarımları üzerinde durulacak ve son olarak, üçüncü şahısları, klinik psikolojinin değerli çalışmalar yaptığına ikna edebilecek araştırma tasarımlarına dikkat çekilecektir.

PSİKOLOJİK TESTLERİN ÖZELLİKLERİ

İyi eğitilmiş klinik psikologlar, yazarların açıkça "Bu çalışmada, güvenirliği ve geçerliği olan xyz depresyon testini kullandık." dedikleri bir metni okudukları zaman kızarlar, kızmaları da gerekir. Çok karmaşık bir süreç olan, bir testin güvenirliğini ve geçerliğini belirleme üzerine bu tarz üstünkörü bir açıklama alana zarar verir ve aynı zamanda özensizlik olarak görülür. Güvenirlik ve geçerlik nasıl sağlanır, sağlandığında nasıl tanımlanır?

Güvenirlik

Güvenirlik, bir testin, tekrarlanan uygulamalarından aynı sonuçları verme özelliği ile ilgilidir. Güvenirliğin birçok alt türü vardır, fakat hepsi her test için uygun değildir. Bir testin sahip olduğu güvenirlik derecesi, puanı 0 ila 100 arasında değişen, yüksek puanın yüksek güvenirliği gösterdiği, "güvenirlik katsayısı" veya r katsayısı ile ifade edilir. Güvenirlik katsayılarının yorumlanması ilk bakışta göründüğü kadar basit değildir.

Özellikle davranış gözlemleri söz konusu olduğunda, insan gözlemcilerin kendilerinin; kendi değerleri, kişisel tecrübeleri ve alışkanlıkları tarafından biçimlendikleri kabul edilmelidir. İnsan gözlemcileri; kullanmak ve güvenirliklerini en iyi seviyeye çıkarmak istediğimizde, gözlemci uyuşmazlığı en baştan göz önünde bulundurulmalıdır.

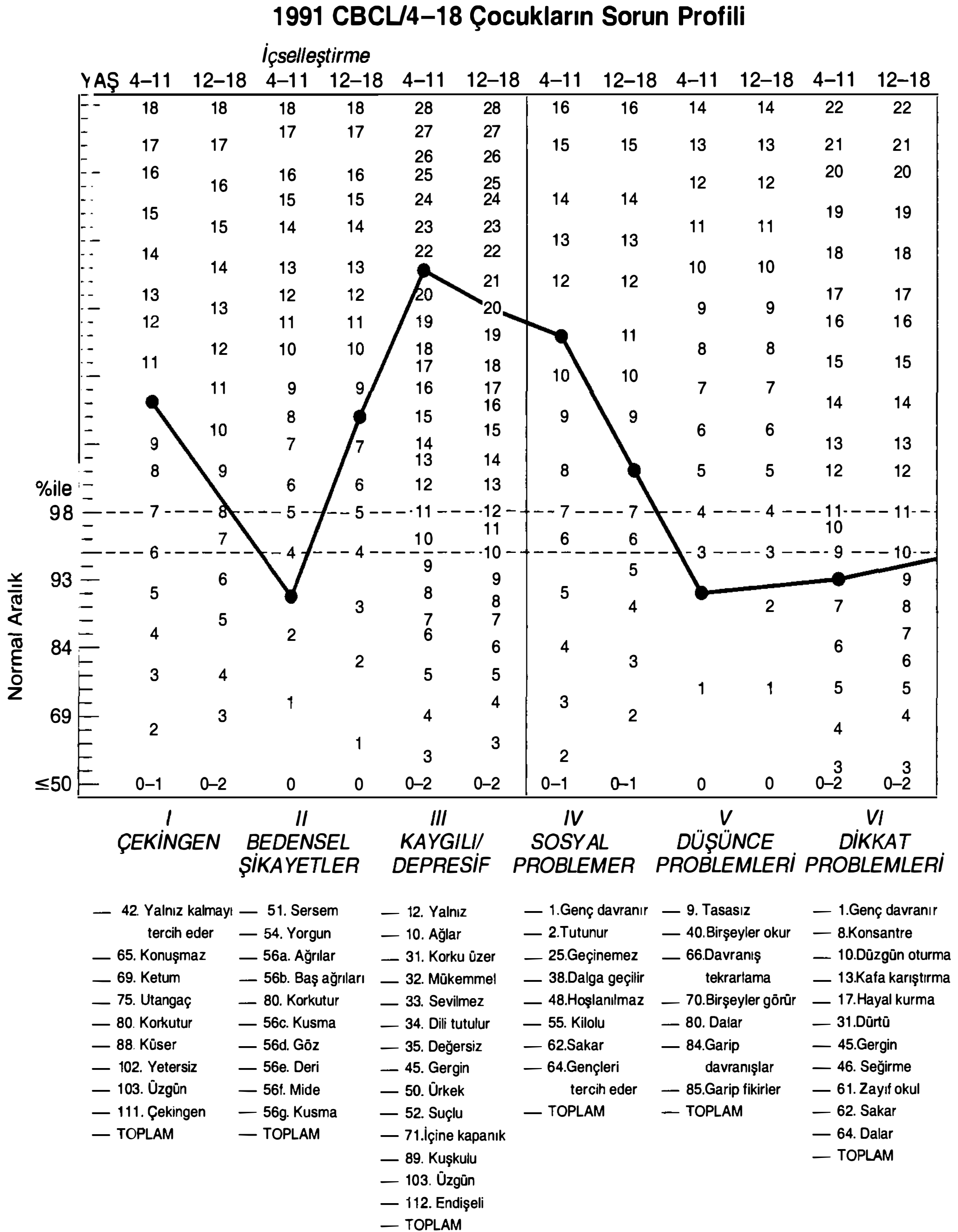
Değerlendiriciler arası güvenirliği göstermek için iyi bir örnek, çocuklarda saldırgan davranışlar için davranışsal bir kodlama sistemidir. Araştırmacılar, çocukları doğal ortamlarında gözlemlemek ve kamera kaydı almak isteyebilirler; bu gerçekten de çocukların pek dikkati çekilmeden yapılabilir, böylece sonuçların güvenirliği arttırılır. Çocuklar gözlemlendiklerini bilmediklerinde, muhtemelen en iyi davranışlarını göstermeye çalışmıyorlar, kendileri gibi davranıyorlardır. Anlamlı bir test yapabilmek için, araştırmacıların, gözlemcilerin neye dikkat etmeleri gerektiklerini davranışsal kavramlarla tanımlamaları gerekmektedir; yapılandırılmış ve güvenirliği olan bir kodlama sisteminin temeli budur. Bir kodlayıcıya çocuğun "saldırganca" davranıp davranmadığını sormak problemlidir, çünkü "saldırgan" olmak farklı gözlemcilere farklı şeyler ifade edebilir, bu da düşük puanlayıcılar arası güvenirliğe (iki veya daha fazla paralel gözlemci arasında uyuşmazlığa) neden olabilir. "Diğer çocukları itti", "dinlemedi", "diğerleri konuşurken araya girdi" gibi somut davranış tarifleri daha kullanışlıdır, çünkü bunlar farklı gözlemcilerin aynı şekilde algılayabilecekleri belirgin, açık davranışlardır. Bunun nasıl işlediğini göstermek için, Tablo 3.1'de Achenbach (1986) tarafından geliştirilen çocuk davranış kodlama sisteminin doğrudan gözlem formundan (DGF) (direct observation form–DOF) maddeler verilmiştir.

Gözlemcilerin aynı davranışları fark etmeleri ve bunların sıklıkları veya yoğunlukları hakkında benzer görüşlere sahip olmaları bir kodlama sisteminin kullanılabilirliği açısından son derece önemlidir. Her gözlemci görevine kendi öğrenim geçmişini ve değerlerini getirdiği için, en özenli gözlemciyi bile tamamen objektif olarak görmek güvenli değildir. Gözlemciler, ne arayacakları konusunda aynı anlayışa sahip olmaları ve kendi kişiselleştirilmiş yorumlarını kenara koymaları yönünde eğitilmelidirler; gözlemciler, belli bir zaman içerisinde "vurmak" gibi belirgin bir davranışın hangi sıklıkla gerçekleştiği hakkında uzlaşmalıdırlar. Eğer araştırmacılar, gözlemcilerini aynı bilgiyi çıkarma yönünde eğitmişlerse, **değerlendiriciler arası güvenirlik** sağlanmış demektir. Genellikle korelasyon katsayısı r veya yöntemsel olarak daha karmaşık "kappa" katsayısı (Cohen, 1960) kullanılarak, 0 ila 1 0 arasında bir ölçekle tanımlanır. Kappa katsayısı, gözlemcilerin aynı davranışın varlığı veya yokluğu hakkında aynı fikirde olabileceklerini hesaba katar, ama aynı zamanda bir gözlemciye davranışın var olduğunu, diğerinin bunu göremediğini iddia ettirir. Bu dört olasılığa dönüştürülür: İki gözlemci de davranış var olduğunu kabul eder, ikisi de var olmadığını kabul eder, gözlemci A davranışın göründüğünü düşünür fakat B kabul etmez ya da tam tersi olabilir. Kappa katsayısı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanır:

Kappa değeri şu şekilde tanımlanır:

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

TABLO 3.1 Achenbach Çocuk Davranışları Kontrol Listesi



p_o bir davranışın gözlemlenen sıklığını, p_e ise beklenen veya tahmin edilen olabilirlik ihtimalini temsil eder. Gözlemci puanlamaları birbirlerinden bağımsız olmalıdır; burada bağımsızlık, iki değerlendiricinin uzlaşma sıklığının, iki kişinin puanlarını yazı tura atarak vermesi kadar olacağını ima etmektedir. En yüksek kappa değeri gözlemlenen uzlaşma derecesinin 1.0 olduğu zamandır, bu da payı payda kadar büyük yapar. Gözlemlenen uzlaşma olasılığı azaldığında, pay azalır. Kappanın negatif çıkması olasıdır, ama bu nadiren gerçekleşir. Böyle bir durumda, kappa değeri iki puan arasında uzlaşma olmadığını gösterir. Puanlayıcı eğitimi genellikle puanlayıcılar arası güvenirlik en az 0.8'i bulana kadar devam eder. Yeni kodlama sistemleri kullanıldığı zaman, iyi bir uzlaşma derecesine ulaşmak çok uzun vakit aldığında, bazen puanlayıcı eğitimini durdurmak gerekir. Bu durumda, araştırmacılar, kodlanacak davranışların daha iyi operasyonel tanımlarına ihtiyaç duyarlar ve kodlama eğitiminin yeniden başlaması gerekir.

Bir davranışsal kodlama sistemi uygulandığında, hedeflenen davranışları kaydetmeleri için iki veya daha fazla gözlemcinin bulunması idealdir. Ancak, bunu yapmak oldukça masraflıdır ve pek de gerçekçi değildir. Alternatif olarak, davranışların bir görüntü kaydı alınarak puanlaması sakin bir ortamda daha sonra yapılır. Bu süreç çok hızlı gerçekleşen veya hemen fark edilemeyen önemli davranışların gözden kaçmasını engeller. Günümüzde profesyonel sporlarda bile hakemlerin önemli anlara tekrar bakabilmeleri için bir oyunun veya performansın kayda alınması yaygındır. Genel olarak kabul edilebilir bir uzlaşma, iyi eğitilmiş bir gözlemcinin bütün puanlamalarını görüntü kayıtları üzerinden yapıp, sonra ikinci bir gözlemcinin kayıtların % 10 veya 20'sini alıp yeniden puanlamasıdır; böylece ilk puanlayıcının kodlama sistemini doğru bir şekilde kullandığı kesinleştirilmiş olur.

Puanlayıcılar arası güvenirliğin kabul edilebilir seviyelere gelmesi zaman ve para gerektirebilir; öte yandan insanların standardize testler veya puan cetveli vasıtasıyla kendileri hakkında bilgi verdikleri öz değerlendirmelerde bu daha küçük bir problemdir. Bu test, 1 ila 5 puanları arasındaki bir ölçekte, aşağıdaki gibi maddelerin kullanıldığı bir kaygı değerlendirme testi olabilir: "Bir sınavdan önceki gece performansımdan endişe duyduğum için genelde yetersiz bir uyku uyurum." Eğer denek 1 – 5 ölçeğinden dört numarayı işaretlerse, testi değerlendiren birinin bu puanlamayı yanlış okumasından korkmaya pek neden yoktur. Fakat deneğin, aralıklı ölçek prensiplerini kabul eden bir 1-5 ölçeğinin anlamını, örneğin 1 ve 2 arasındaki uzaklığın 3 ve 4 ile aynı olduğunu kavraması gerekmektedir. Araştırma amaçlarına uygun olarak, öz değerlendirme cevaplarının ikili kontrolü iyi bir fikirdir; bu testleri değerlendirmek için eğer mümkünse asgari bir eğitim yeterlidir. Bazı araştırmacılar, testi alan kişinin dokunmaya duyarlı bir ekranda sadece bir kalemle doğru cevabı işaretlemesi gereken tablet veya avuç içi bilgisayarları kullanmaya başlamışlardır. Testi alan kişi soruları bitirdiğinde, bilgisayara kurulu bir yazılım programı değerlendirmeyi yapmakta ve veriyi depolamaktadır. Böylece, elle yapılacak bir değerlendirmede (içindeki hata eğilimi ile beraber) harcanacak zaman ve masraftan tasarruf edilebilir.

Tipik davranış ve tercihlere dayalı öz değerlendirme testleri genelde birçok madde içerir: En çok kullanılan psikopatoloji araçlarından bir tanesinde olduğu gibi (Bk. 7. Bölüm) gerçekten de 500'den fazla madde olabilir. Bu kadar fazla sayıda madde içeren testler,

kaygı gibi tek bir fenomeni test etmekten ziyade 10 veya 12 kadar psikolojik yapıya değinmeye çalışan bileşik testlerdir. Örneğin, bir duyarlılık öz değerlendirme testi, duyarlılığın çeşitli yönlerini değerlendiren 10 veya 20 madde içerebilir, böylece bu 10 maddenin hepsi beraber duyarlılık fenomenini iyi bir şekilde yakalayabilir. Testi geliştirenlerin bir endişesi de her zaman testi olabildiğince kısa ama aynı zamanda olabildiğince kapsamlı bir şekilde yapmak olmalıdır. Bunu başarmak zor olabilir ve test geliştirmek çaba gerektirir; tekrar tekrar madde yazma, ilk değerlendirme ve pilot örneklem, düzeltmeler, ilk olarak büyük bir örnekleme uygulama, daha sonra bütün test maddelerinin ölçme ve karar verme sürecine faydalı bir katkı sağlayacağından emin olmak için faktör analizi stratejileri (Clark ve Watson, 1995; Floyd ve Widaman, 1995; Reise, Waller ve Comrey, 2000) buna dâhildir. Her maddenin bütün yapıyı ölçmede ne kadar faydalı olduğunu belirlemek için hesaplanması gereken istatistik, Cronbach'ın alfası da denilen iç tutarlılıktır. Alfa katsayıları, tanımı gereği, 0 ila 1.0 arasında olmak zorundadır. 1.0'a yaklaşan katsayıların düşük puanlara göre daha kabul edilebilir bulunması sürpriz değildir. Maddelerin ortalama .8'den yüksek bir iç tutarlılık puanı tutturduğu bir test çok iyi olarak kabul edilir. Öte yandan, .6'dan düşük iç tutarlılık bir testin "tartışmalı" ve problemli olduğu anlamına gelir. Yüksek bir iç tutarlılık arzu edilmesine rağmen, kusursuz, 1.0 (yani kusursuz bir puan gibi görünen) iç tutarlılığın elde edilmesi sorunludur. Bunun nedeni nedir? Şöyle ki, biri geliştirdiği duyarlılık testinde 10 tane "çok kolay sinirlenirim" maddesi kullansa, testin iç tutarlılığının kusursuz olacağı muhtemeldir. Hâlbuki, bu durumda pek iyi bir şey yapılmamıştır, hatta tam tersi doğrudur. Testi alanların zamanlarını harcamış oldunuz çünkü gereksiz test maddelerine cevap verdirttiniz. İdeal bir testin çok yüksek, fakat kusursuz olmayan bir iç tutarlılığı vardır.

Eğer bir testin, örneğin kısa vadeli hafızayı ölçen çok sayıda maddesi varsa, bu maddeler eşit sayıda iki bölüme ayrılıp, bu iki yarım arasındaki güvenirlik karşılaştırılabilir. Eğer puanlar birbirine çok yakınsa, araştırmacı **iki yarım güvenirliğini** göstermiş olur.

Son fakat aynı derecede önemli olarak, psikolojik testler genelde bireysel farklılıkların ölçümünü içerir; elde edilen bilgi ise hangi çocuğun ileri düzey bir matematik dersi alması gerektiği gibi kararlara yardımcı olur. Bir insanın hayatına etki edecek kararlara yardımcı olan her test, ölçmeye çalıştığımız fenomenin aslında sabit olduğunu varsayar. İki erkek arkadaştan hangisinin gelecekte iyi bir koca olacağını belirlemeyi amaçlayan bir iletişim testini düşünün. Eğer iletişim becerilerinin evlilik istikrarını öngöreceği varsayılıyor fakat test maddelerinizdeki cevaplar günden güne değişiyorsa, o zaman bir test geliştirmek ve kimin daha iyi koca olacağına dair bir tahminde bulunmak için bir test skorunu kullanmak hiç bir işe yaramazdı. Dolayısıyla, yapının kendisinin makul surette sabit olması gerektiği kadar, iletişim becerileri gibi bir yapıyı ölçen aracın tekrarlandığı zaman benzer sonuçları verdiğinin gösterilmesi gerekmektedir. Örneğin bir test 6 aylık arayla iki kez alındığında benzer test puanları veriyorsa, elimizde yüksek bir **test-tekrar test güvenirliği** vardır. Kural olarak, tekrar testler arasındaki zaman aralığı genişledikçe test-tekrar test güvenirlik puanının gitgide azalması öngörülebilir ve bu sorunlu bir durum değildir. Çünkü bireyler ruh hâllerini ve öz algılarını etkileyecek birçok yeni hayat deneyimleri yaşarlar.

İyi psikolojik testlerin özelliklerine değinen bu kısım, bir testin kullanımını gerçekleştirmek için gösterilebilecek ve gösterilmesi gereken güvenirliğin çeşitli türlerinin tanıtımı ile başladı. İlk olarak güvenirlikten bahsedildi çünkü güvenirlik iyi bir testin temelidir.

Geçerlik

Güvenirliğe ek olarak, testler gerçekten de ölçmeyi amaçladıkları şeyi ölçtüklerini göstermelidirler; zekâ testi denen bir test gerçekten zekânın ne olduğunu yakalamalıdır, bir depresyon testi ise net bir şekilde hüzünlü ve olumsuz düşünen insanları tespit etmelidir. Bir test ölçmesi gereken şeyi ölçtüğünde, buna **geçerlik** denir. Test geliştirme ve geçerlik hakkındaki literatür; geçerliğin birçok farklı türünü ki bunların bazıları çakışırtanımlar. Geçerliğin araştırma literatüründe kullanılan terminolojinin kafa karışıklığına neden olma potansiyeli kayda değerdir. Bunun sadece psikolojik testler üzerine bir ders kitabı olmadığı göz önüne alınarak, yalnızca birkaç tür geçerlik türünden, özellikle de klinik psikoloji ile alakası olanlardan bahsedilecektir.

Bir test aldıklarında, danışanların testi niye aldıklarına dair en azından bir fikirleri vardır. Söylediklerinin etkileri hakkında kendi hipotezlerini kurarlar ve psikoloğun ne istediğini tahmin etmeye çalışırlar. Psikolog Norbert Schwarz (bk. Schwarz, 1999; Sudman, Bradburn ve Schwarz, 1996), cevapların yorumlanabilirliği ve nihayetinde kullanışlılığını büyük ölçüde tehdit eden bu fenomen hakkında kapsamlı metinler yazmıştır. Bir testin ne ölçmeye çalıştığı çok net olduğu zaman, bu durum yüksek **yüzeysel geçerlik** diye tanımlanır. Testin neye değinmeye çalıştığını hemen anlayan denekler, muhtemelen bu bilgiyi cevaplarını renklendirmek için kullanırlar. Koşullara göre bu iyi veya kötü birşey olabilir. Personel seçimi yapılan, insanın girişkenliği ve sosyal yeteneklerine bakılan bir ortamda, başvuranların satış müdürü pozisyonuna uygunlukları hakkında sorular sorulan bir soru formu düşünelim. Burada, testi alacak olan birey, testin neyi ölçmeye çalıştığı ve işe alım sürecinde başarılı olmak için ne söylenmesi gerektiği arasındaki bağlantıyı hızlıca kuracaktır. Katılımcılar, görüşmecinin, satış müdürlerinin iyi sosyal becerilere sahip olmasını ve dışa dönük olmalarını beklediğini muhtemelen bilmektedirler. Dolayısıyla, deneklere faydası dokunacak (veya onları dezavantajda bırakacak) kararlar söz konusu olduğunda, yüksek yüzeysel geçerliğe sahip testlerle çalışmak bir sorundur. Tabi ki satış müdürlüğü işini alabilmek için girişken gözükmek istersiniz. Ayrıca evet, boşanma işlemlerinin bir parçası olarak tamamlanan velayet ve erişim değerlendirmesinde sorumluluk sahibi bir ebeveyn gibi gözükmek istersiniz. Hapishanede şartlı tahliye oturumunda değerlendirilirken tekrar suç işleme riski yüksek biri gibi gözükmek istemezsiniz.

Benzer şekilde, zeki fakat ne yazık ki depresif ve intihar meyilli bir insan, intihar düşüncesi ile ilgili soruyu olumlu yanıtlayıp intiharı düşündüğünü reddedecek, isteği dışında hastaneye kaldırılacağını hemen anlayacaktır. Diğer taraftan, testin ne hakkında olduğunu bilmesinin bireyi olumsuz etkileyeceğini düşünmek için bir neden de yok ise (bireyin terapiste iş yerindeki hırslılığını anlatması gibi), o hâlde psikoloğun doğrudan öğrenilecek konuyu hedef alacak yüzeysel geçerli bir testi kullanması durumu kolaylaştıracaktır. Örneğin, sigarayı bırakmak isteyen bir danışana şu sorulabilir: "1 ila 10 üzerinden, yarın sigarayı bırakmaya ne kadar isteklisiniz?" Bu test maddesinin

yüzeysel geçerliği yüksektir, ama cevap yine de muhtemelen gayet anlamlı olacaktır; çünkü katılımcının terapisti veya kendisini kandırmak istediğine inanmak için bir neden yoktur.

Yeni bir test geliştirilirken, test maddelerinin ne olması gerektiği her zaman açık değildir, maddeleri yazanların sorularıyla neyi hedef almaları gerektiğini bilmeleri gerekir. Örneğin, sanrılı (hezeyanlı) düşünceler ile ilgili bir anket hazırlamak isteyen bir test geliştiricisi, yardım almak için bir takım uzmanlarla (yıllarca sanrılı hastalarla çalışmış psikiyatristler ve psikologlar diyelim) konuşabilir ve onlara hangi tür sanrıların daha sık göründüğünü, gerçekten sanrı olduğunun nasıl bilindiğini ve bunun gibi konuları sorabilir. Alandaki uzmanlardan edinilen bu bilgi test maddelerinin yazımında kullanıldığı zaman, testin **içerik geçerliğine** sahip olduğu kabul edilir; içerik geçerliği, uzmanların testteki yapı hakkında ne düşündüğü ile alakalıdır.

Yeni geliştirilen bir testte aranan bir başka özellik, testin sonuçlarının, benzer psikolojik yapıları inceleyen diğer testlerde edinilen sonuçlarla benzeşmesidir. Bir yaygın kaygı testinin, diğer kaygı testleriyle olumlu yönde yüksek bir korelasyona sahip olması beklenir. Böyle bir durumda, testin iyi bir **örtüşmeli geçerliğe** sahip olduğu söylenir. Yeni geliştirilen bir testin puanları, bir diğer test ile kusursuzca çakıştığında çok yüksek örtüşme geçerliğin iyi bir şey olduğunu düşünmek cazip gelir, ama bu o kadar büyük bir başarı değildir; çünkü artık elimizde sadece aynı işi yapan iki araç vardır; hatta test gelişimine harcanan bütün çabanın aslında gereksiz olduğu ortaya çıkabilir. Öte yandan, eğer yeni test, aynı insanları diğer testin % 30 uzunluğuyla (çok daha kısa) tespit edebiliyorsa, çok yüksek örtüşmeli bir geçerlik arzulanan bir özellik olabilir. Sonuçta, kullanışlılık sorununda içeriğin son derece önemli olduğu zamanlarda, test geliştiricilerinin belli bazı test karakteristiklerini üstünkörü bir şekilde "ideal" diye kabul etmemeleri gerekir.

Daha önce yaygın kaygı testinden söz edilmişti. Deneyimli klinik psikologlar olumsuz etki ölçümlerinin birbirleriyle bağıntılı olduklarını bilirler, çünkü hepsi duygusal sıkıntıyı yansıtır; bu da özellikle kaygının değişik çeşitli ölçümleri için doğrudur. Duygusal kaygı fenomeni birçok özellikten oluşmaktadır, yaygın kaygısı olan bir insan da muhtemelen endişeli, kötümser ve depresif olacaktır. Dolayısıyla, kaygı alanında yeni geliştirilmiş bir testin, kaygının diğer yönleriyle öngörülmüş bağlantıları göstermesi gerekecektir; sıkıntı teması etrafındaki diğer psikolojik yapılarla doğal ve anlamlı bağlantıları açığa çıkarması gerekir. Bu sağlandığında, testin **yapısal geçerliğe** sahip olduğu söylenir.

Son olarak, bütün testler elbette "pratik uygulamaları yapılsın ve karar verme sürecinde bize yardımcı olsun" diye geliştirilir ve kullanılır. İyi bir test şu gibi soruların cevaplanmasına yardımcı olabilir: (a) Bu hasta herhangi bir psikolojik bozukluktan yoksun ve işlevsel mi, yoksa intihara meyilli ve kendisine çok risk arz ettiği için hastanede korunmasına mı ihtiyaç var? (b) Şartlı tahliyesi düşünülen bu hapishane mahkûmun tekrar suç işleme olasılığı var mı ve hâlk için bir risk oluşturuyor mu? Böyle bir testte alınan yüksek puan ile hangi insanın kendine zarar vereceğinin veya hangi suçlunun geçmişte tekrar suç işlediğinin ayırt edebileceğinin daha önceki bir çalışmada gösterildiğini düşünelim; bu durumda testin **kriter geçerliği** vardır. Test puanları bize gerçek hayatta karar verme sürecinde yardımı dokunabilecek kriterleri temsil etmektedir.

Az evvelki topluma salıverilecek tehlikeli suçlu örneğinde olduğu gibi, gelecek hakkında doğru ve faydalı tahminlerde bulunmak özellikle arzu edilmektedir. Bir suç-

luyu topluma salıverme kararını verirken doğru karar verme hissine sahip olabilmek için şartlı tahliye komisyonlarının test sonuçlarına güvenebilmeleri son derece arzu edilmektedir. Dolayısıyla, bilhassa kullanışlı bir geçerlik türü **tahmin geçerliği**dir. Tahmin geçerliği genelde en çok arzulanan kriter geçerliği türüdür.

Güvenirlik ve Geçerlik Açısından Testler Nasıl Tanımlanmalıdır?

Bu bölümün başında tartışıldığı üzere, profesyonel psikologlar için şu cümle kabul edilemezdir: "Zekâyı ölçmek için X testini kullandık; *X testinin güvenirliği ve geçerliği vardır.*" Güvenirlik ve geçerliği sağlamanın çok çeşitli yolu olduğunu gören okuyucunun, test özellikleri hakkında bu tarz basitleştirilmiş bir tanımın neden uygunsuz ve hatta yanıltıcı olduğuna dair şu an daha net bir görüşü vardır. 12 ay süresince mükemmel bir test-tekrar test geçerliği olan (r =.88), fakat düşük içerik tutarlılığına sahip (alpha =.54) bir test düşünün; bu çelişkiyi hangi tanımlayıcı sıfat anlatabilir? Anlatamaz. Basit bir "test geçerlidir" ifadesi, testlerin belirli insan gruplarına yönelik ve belirli amaçlar doğrultusunda geliştirildiği ve standardize edildiği gerçeğini yadsımaktadır. Zekâ testleri sıklıkla Kuzey Amerika'da kullanılmakta ve İngilizce konuşulan çevrede yetişmiş orta ve yukarı-orta sınıf katılımcılar kullanılarak geliştirilmektedir (Neisser ve ark., 1996). Ana dili İngilizce olmayan Afrikan-Amerikan alt kültürleri veya göçmenler için normların mevcut olması nadirdir. Bu önemli bir sorundur; çünkü Kanada İstatistik Bürosu tarafından 2001 yılında yapılan bir sayıma göre, Vancouver gibi metropoliten alanlarda, insanların yaklaşık % 38'inin ana dili İngilizce değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun kayda değer bir kısmı (özellikle Meksika sınırındaki ABD eyaletlerinde) sadece İspanyolca konuşmaktadır ve test, bu popülasyon için geçerli kılınmamış olabilir. Katılımcının, testin dilinde eğitim almadığı ve talimatları anlamadığı için bir IQ testinden düşük puan alması katılımcının aptal değil, sadece testin geçersiz olduğu anlamına gelir.

Zekâ testlerinden devam edersek, geçerlik araştırmaları, IQ puanlarının ilkokuldan lise seviyesine kadar okul performansını tahmin etmede gayet iyi olduğunu fakat sonraki hayat-iş performansı ve kariyer başarısı açısından pek fazla bir tahmin geçerliğine sahip olmadığını kuvvetle ileri sürmektedir (Hunter ve Hunter, 1984; Neisser ve ark., 1996); bu yüzden, üstünkörü bir şekilde IQ testlerinin yüksek geçerliğe sahip olduğunu söylemek anlamlı bile değildir; bazı yaş grupları için vardır, ama diğerleri için yoktur. Dolayısıyla, IQ testi kullanan bir psikoloğun, testin ne için geçerli olduğunu bilmesi ve kullanımını bu uygulamalarla sınırlandırması beklenir.

Kategorik (ve yetersiz) "X testinin güvenirliği ve geçerliği vardır" ifadesinden ziyade, daha bilgilendirici bir tanımlama şu şekildedir:

> .. örneklememizde depresyon sıklığını belirlemek için, Keyifsiz ve Mutsuz (1986) tarafından geliştirilen ABC testini kullandık. ABC, 25 maddelik bir depresif ruh hâli öz değerlendirme ölçeği olup, her maddede yüksek puanın yüksek depresyonu işaret ettiği 1 – 5 ölçeği kullanılmıştır. ABC ile Avustralya'da bir üniversite örnekleminde elde edilen puanların 2 haftalık test-tekrar test için r =.91 test-tekrar test güvenirliği ve 6 ay aralıklı testler için r =.74 güvenirliğe sahip olduğu görülmüştür. ABC'nin aynı zamanda, genelde çok iyi olarak kabul edilen,.86 iç

TABLO 3.2 Güvenirlik ve Geçerlik Türleri

Bu bölümde daha önce aşağıdaki terimleri sunduk ve tanımladık. Öğrenmeyi en üst düzeye çıkarmak için, yeni terimler burada tekrar bir özet formatında listelenmiştir. Okuyucuya cevapları vermek yerine, öğrencilerin boş bırakılan tanımları kendi kelimelerini kullanarak tamamlamalarıyla daha etkin bir öğrenimin gerçekleşeceğine inanıyoruz.

	TANIM (ÖĞRENCİ DOLDURACAK)
Güvenirlik	
İç tutarlılık	
Test-tekrar test güvenirliği	
Puanlayıcılar arası güvenirlik	
İki yarım güvenirliği	
Geçerlik	
Yüzey geçerliği	
İçerik geçerliği	
Yapısal geçerlik	
Kriter geçerliği	
Öngörü geçerliği	
Örtüşen geçerlik	

tutarlılık katsayısına sahip olduğu görülmüştür. Test maddeleri araştırmacılar tarafından yazılmış ve daha sonra üniversite öğrencileri ve toplumda yaşayan yetişkinler üzerinde kullanılarak geçerli kılınmıştır. Lüzumsuz uzunluktan kaçınmak için, orijinal 96 maddelik liste faktör analizi yaklaşımı ile kısaltılmış 24 maddeye indirilmiştir. ABC'nin depresyon adlı tek bir faktörü ölçtüğü teyit edilmiştir. ABC ile elde edilen test puanlarının, psikolojik terapi gören bireylerdeki değişime hassas olduğu; yeni tanı konulanlar ile iyileşmemiş depresif bireyler arasında ayrım yapabildiği, bu yüzden kriter geçerliğine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 3.2, tanıtılan güvenirlik ve geçerlik türlerini özetlemektedir.

TERAPİDE DEĞİŞİMİ ÖLÇMEK

Psikoloji alanındaki çok önemli sorulardan biri, müdahâlelerimizin etkili olup olmadığıdır. Bu kitabın 13 ve 14. bölümlerinde bu konuda derinlemesine bir tartışma sunulmaktadır, sonraki bölümlerden en iyi şekilde yararlanmak için bu bölümde net anlaşılması gereken kavramlar yinelenmektedir. Özel muayenehanelerde çalışan psikologlar bile, hastalarının ne kadar iyileşme gösterdiği ve özellikle hangi müdahâlenin bu iyileşme için önemli olduğu konusuyla ilgilenmektedirler. Bir hastane yöneticisi, hastanenin psikoloji hizmetlerinden faydalanan hastaların iyi düzeyde iyileştiklerini görmek ister ki, sağlık hizmetlerinde bulunan vergi ödeyicilerine, sigorta şirketlerine

veya devlet görevlilerine, psikoloji bölümünün varlığını ve buna bağlı bütçeyi meşru olarak gösterebilsin. Araştırmacılar hangi terapilerin hangi tür hastalar için en uygun olduğunu dikkatli bir şekilde test etmeyi sürdürmekte, uygulayıcılara destek olmak amacıyla bilgi temeli yaratmaya çalışmakta ve aşağıdaki sorulara cevap aramaktadırlar:

- Hastalar kayda değer bir iyileşme gösterene kadar kaç saatlik tedavi gerekir?
- İşi düşük maliyetli seviyede yürütecek bir terapist havuzu yaratmak için ne kadar terapist eğitimi gerekir?
- Bütün terapilerin sonucu aynı mıdır, yoksa bazı terapiler diğer tedavilerden daha mı üstündür?
- Kaygı için X terapisi Y terapisinden daha mı iyidir, fakat evlilik sorunlarında Y terapisi X terapisinden daha mı iyidir?
- Alkolü bırakanların alkol yoksunluğu yüzünden tekrar alkole başlamalarını engellemek için uygun bir tedavi yaklaşımı var mıdır?
- Hastaların yüzde kaçının anlamlı iyileşme göstermesi muhtemeldir?
- İyi sonuçları en yüksek düzeye çıkaracak öğretilebilir terapist becerilerinden hangileri daha önemlidir?

TERAPİ SONUÇLARINI ÖĞRENME YÖNTEMLERİ

Vaka Çalışmaları

Klinik psikolojide öğrenimin önemli bir kısmı, bireysel vakaların dikkatlice çalışılmasıyla gerçekleşir. Psikologlar birbirleriyle, karmaşık vakaları tartışır, bazen yardım ister veya zorlu bir danışanla elde ettikleri büyük başarının böbürlenmesini bile yapabilirler. Vaka konferansları-devam eden vakaların tartışılmasına yönelik-bunun vasıtalarından biridir, gözetmen ve öğrenciler eğitimlerinin bir parçası olarak bu konferanslara katılırlar. Bilhassa ilginç vakalar hastanenin Büyük Toplantılarında (Grand Rounds) sunulabilir, hatta benzer danışanlarla çalışanlara destek olmak için profesyonel dergilerde yayınlanabilir. Temelde, bireysel vakaların çalışılması sırasında iki formattan biri izlenir. Terapistlerin, ilginç bir vakayı öykü anlatır gibi sundukları yapılandırılmış hikâye formatı, muhtemelen en sık kullanılandır. Bu tarz söyleşilerde katı bir format yoktur, fakat bu sunumların yapılandırılması büyük bir olasılıkla, okuyucunun 8. Bölüm'de öğreneceği, terapistin raporunu "yazıya alma" yapılandırma tarzıyla aynı şekilde olacaktır.

Bireysel vakaları çalışmanın bir başka yolu, tek bir hastayı deney yapma fırsatı olarak görmektir. Bilhassa davranışçı terapilerde (bk. 11. Bölüm) bunun gerçekleşmesi muhtemeldir, çünkü deneysel yöntemin çok derin kökleri vardır. Dahası, değiştirilmesi hedeflenen açık davranış olduğundan, manipülasyonlar doğrudan incelenebilir. Örneğin, ebeveynler, çocukları kavga ederken onları durdurmak umuduyla bağırmalarının etkisini sistematik olarak inceleyerek kendi deneysel vaka çalışmalarını yürütebilirler. Eğer işe yaramazsa (ki bu muhtemeldir, nedenini 12. Bölüm'de göreceksiniz), çocukların haftalık izinlerini geri almakla tehdit edebilirler

(eğer tutarlı olarak uygulanırsa ve çocuklar bu uyarıları hatırlayacak yaşta iseler işe varayabilir) veya kavgayı görmezden gelebilirler (başarı şansı en yüksek olan da budur). Stratejiler yapılandırılmış bir formatta test edilip, sonra gelen cevaplar dikkatlice çalışılırsa, bu bir n = 1 deneyi (n katılımcı sayısını temsil eder) olarak görülebilir ve sonuçlar gelecekte hangi stratejilerin kullanılması gerektiğine dair bilgi verir. Benzer şekilde, psikoterapistler yeni çıkan bir problemle çalışabilir ve literatürde henüz tanımlanmamış yaratıcı bir yaklaşım deneyebilirler. Freud'un ve diğer çığır açıcı terapistlerin yaptıkları tam da buydu, çünkü psikoterapi üzerine danışabilecekleri bir literatür yoktu. Bu tarz tedaviler işe yaradığı zaman, tahminen terapist benzer bir problemi olan bir sonraki hastaya aynı yöntemi uygulayacaktır ve nihayetinde bir takım benzer vakaları aynı şekilde tedavi edebilecektir. Eğer tedaviler ve sonra gelen değişimler dikkatlice kaydedilirse, terapist birden fazla vakaya dayanan bu sistematik çalışmayı yıllık bir konferansta diğer psikoterapistlere sunabilir veya profesyonel bir dergide yayınlamak için yazıya dökebilir. Örneğin, Davranış Tedavisi ve Deneysel Psikiyatri Dergisi (The Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry), kendi hastalarıyla yaptıkları terapötik çalışmaları için ipuçları arayan ve gelişme çağındaki birçok klinisyene destek olan orijinal ve bilgilendirici vaka çalışmalarını uzun süredir yayımlamaktadır. Bireysel hastaların gözlemi ve sistematik bir vaka çalışmasının yürütülmesi, sıkça psikoterapi araştırmalarının temel taşı olmaktadır ve psikoterapi öğretmek için sistematik bir araçtır. Psikoterapinin ilk yöntemleri vaka çalışmalarıyla öğretilmiştir, buna uygun düşen psikoterapi ders kitapları da genelde bireysel vakalardaki uygulamaların teori ve tanımlarının karışımından oluşur (örnekleri için bk. Frankl, 1963; Freud, 1949).

Davranış tedavisinde davranışsal deneyin nasıl yapılacağı hakkında daha detaylı tanımlamalar ve ek olarak vaka tanımlamaları 12. Bölüm'de verilecektir. Yine de, okuyucunun sonraki bölümlerden en iyi şekilde yararlanması için temel yöntemlerin bu bölümde verilmesi uygun olacaktır.

Bir tedavinin etkisini tek bir vaka tasarımı ile test etmenin daha karmaşık bir yolu, temel kayıtlar ve tedavi aşamalarının iki kez birbirlerini izlemesi ile yapılır. Temel veri toplama ve tedavi aşamaları sırasıyla A aşaması ve B aşaması diye adlandırılır; böylece **ABAB tasarımı** yaratılmış olur. Davranışın "normal" sıklıktaki temel kaydının, tedavi etkileriyle karşılaştırılabilecek şekilde alınması esastır (Örneğin; bir haftada, hasta x, tırnaklarını yemek için ne kadar süre harcamaktadır?). Sonra tedavinin işe yarayıp yaramadığını görmek için yeni kayıtlarla tedavi safhasına geçilir. Daha sonra müdahâlesiz bir başka aşama yaratmak için tedavi durdurulur ve son olarak ikinci bir tedavi safhası yeniden uygulanarak ilk aşamadaki başarının tekrarlanıp tekrarlanamayacağına bakılır. Eğer bu yaklaşım, tedavinin aktif aşamada işe yaradığını ve pasif aşamada işe yaramadığını gösteriyor ve bu fenomen tekrarlanabiliyor ise, müdahâlenin güvenirliğine dair güçlü bir savunma yapılmış demektir.

Müdahâlenin etkililiğine dair ikna edici bir gösterimin yapılmasına ek olarak, değişimlerin kaydı ayrıca hem terapiste hem de danışana destek sağlar, istikrarlı ve tahmin edilebilir gibi duran bu değişimleri tabloda bir çizgi olarak görmek oldukça tatmin edicidir.

Terapi Sonuçlarının Araştırılması

Psikolojik tedavinin etkililiğine dair kanıtın güvenirliği, genellikle kıyaslanabilir problemlere benzer tedavilerin uygulanmasıyla yürütülen çalışmaların niteliği ve niceliği ile ölçülür. Beklendiği üzere, tedavi etkilerine dair yüksek kalitede çalışmaların yürütülmesi masraflı ve yorucudur. Tedaviyle gelen değişimi öğrenmenin en basit yolu, hastaların tedavi öncesinde ve tedavi bittiğinde değerlendirildiği, tedavi öncesi ve sonrası tek grup denilen tasarımdır. Bu iki ölçüm noktası arasındaki herhang bir değişimi yorumlamak ve iyileşmeleri hastaların aldığı tedaviye dayandırmak cezbedicidir. Ne yazık ki, bu hiç de güvenli bir varsayım değildir, çünkü bu tarz bir tasarım alternatif birçok açıklamayı dışarıda bırakamaz. Ocak ayında değerlendirilip 4 ay tedavi gören, sonra Mayıs ayında tekrar değerlendirilen bir grup depresif hastanın, Kuzey bölgelerindeki kış mevsimlerinde görülen ışık yokluğundan etkilendikleri ve baharın gelişiyle morallerinin düzelmesi olasıdır; dolayısıyla, aradaki zamanda herhangi bir psikolojik tedavi yapılmasa dâhi iyileşmenin gerçekleşmiş olması muhtemeldir. Ya da bir ilaç şirketi, gelecek vaat eden ve reçetesiz satılan bir ilaç çıkarmış, bir psikoterapi çalışmasına katılan birçok hasta reklamları görüp ilacı denemeye karar vermiş olabilir. Bu bir **karışan tedavi** olarak nitelendirilir ve tedavi öncesi veya sonrasında gözlemlenen herhangi bir değişim ilaçtan, psikoterapiden veya ikisinin karışımından meydana gelmiş olabilir; biz ise hangisinin etkili olduğunu bilemeyiz.

Ayrıca, insanların sadece aktif bir tedavide olduklarını bilmeleriyle kısmen düzelebileceklerini öne süren, iyi bilinen **plasebo etkisi** vardır. 13. Bölüm'de anlatılacağı üzere, bu inanç başarılı tedavilerin oldukça güçlü bir parçasıdır ve gözlemlenen etkilerin neredeyse yarısının nedeni olabilir. Gözlemlenen değişimlerin yorumlanmasına karşı bu tarz tehditler **geçmiş etkisi** adı altında toplanır ve bu problem, hastaların seçkisiz iki gruba, yani bir aktif tedavi grubu ve tedavi gören ya da görmeyen bir kontrol grubuna ayrılmasıyla yapılan "seçkisiz, kontrollü deney" tasarımı ile çözülür. Seçkisizlik, iki grubun da benzer seviye sıkıntı veya kaygı seviyesinde tedaviye başlamasını ve ayrıca cinsiyet, yaş, kliniğe mesafe gibi diğer değişkenlerde de benzer kalmalarını sağlar.

Kontrol grubuna tam olarak ne yapıldığı, belli bir tür deneysel tasarımdan nasıl sonuçlar çıkarılacağını belirleyecektir; burada bu nokta detaylandırılacaktır. Aktif tedavi grubu ile tedavi görmeyen grubun sonuçlarının karşılaştırması, öngörülemeyen veya kontrol edilemeyen herhangi bir dış etken (ilaç şirketinin yeni çıkardığı reçetesiz satılan antidepresan ilacı gibi) olsa dâhi tedavinin başarılı olup olmayacağını belirlemeye imkân vermektedir. **Bekleme listesi kontrol grubu** ile kasıt, hastaların daha sonra, yani ilk tedavi tamamlanıp tedavi sonrası önlemler alındığı zaman tedavi görmeyi beklemeleridir. Bu tarz bir tasarımda, beklenti etkileri kontrol edilir. Ayrıca, bekleme listesi kontrol tasarımları, en azından bir noktada tedavi olacaklarını garantileyerek hastaları motive ettiği için popülerdir ve bütün bir grubu ihtiyaçları oldukları hâlde tedavisiz bırakmaktan dolayı muhtemelen kendini suçlu hissedecek araştırmacılar için etik açıdan cezbedicidir. Hatta, birçok Etik İnceleme Komisyonu bu tarz tasarımları talep eder, bu tarz

tasarımlar adaletliliği temsil eder, çünkü hastalara kıyaslanabilir tedaviler veya hizmetler sunulmasını sağlar. bu adil tedavi gereksinimine dengede tutma (equipoise) prensibi de denir (Freedman, 1987).

Prensip olarak bir başka olasılık plasebo kontrol tedavisini kullanmaktır, fakat psikoterapi araştırmalarında bu önemli bir sorundur. Çünkü plasebo konsepti, araştırmacıların bir ilaçtaki hangi aktif kimyasal bileşenin beklenen sonucu getireceğini bildiği, ilaçlı tedavi araştırmalarında düzenli olarak kullanılmaktadır. Bir ilaç çalışmasında plasebonun tanımı hastaya boş bir hap vermektir; hasta bu hapın aktif bileşenleri içerip içermediğini bilmez çünkü aktif bileşene sahip hapla aynı görüntüyü, tadı ve hissi verir. Bu tarz çalışma **tek yönlü kör araştırma** olarak tanımlanır, çünkü hasta, iki tür haptan hangisini aldığını bilmemesi açısından "kördür". Bu durumda, ilacı yazan ve çalışmada hastaya bakan doktorun, hangi hastanın aktif ilacı ve hangisinin plasebo hapını aldığı bilgisinden etkilenmesi mümkündür. Eğer doktor hastanın plasebo hapını aldığını biliyor ise, istemsizce o hastaya daha fazla dikkatini verip sonuçları etkileyebilir. En ihtiyatlı yaklaşım, araştırmacıların hapları, tedaviyi verecek doktorların hangi hastanın aktif ilacı ve hangisinin plasebo hapını aldığını bilemeyecekleri şekilde hazırlamalarıdır. Buna **çift yönlü kör araştırma** denir, çünkü hem doktor hem de hasta hangi durumda olduklarını bilmiyorlardır. Bu tarz araştırmalarda çift yönlü kör araştırma tasarımları altın standart olarak kabul edilir. Bu konseptlerin psikoterapi araştırmalarına uygulanması iki yönlü bir problemdir çünkü öncelikle, terapistleri uygulamaları gereken tedavinin kendisine kör kılmak doğal olarak imkânsızdır. Psikanalitik terapi yapan bir psikanalist hastalarına ne sunduğunu bimektedir, aynı şekilde bir davranış terapisti de hastalarına ne sunduğunu biliyordur. Benzer şekilde, hastaların kendileri psikolojik tedavinin ne olduğuna dair bir anlayışa sahiptirler; onlara ne yapılacağının ve neden yapılacağının anlatılması etiktir, bu nedenle hastaların bir plasebo kullanma durumunda olduklarını bilmemeleri pek mümkün ve etik değildir. Dolayısıyla, psikoterapide çift yönlü kör araştırma tasarımı var olamaz.

Psikoterapi araştırmacılarının, hastalarını, düşük etkisi olduğunu bildikleri bir tedaviye alarak problemin bir kısmından kurtulmaları bir dereceye kadar mümkündür; örneğin hastaların, hisleri hakkında konuşabilecekleri yapılandırılmamış bir tartışma grubu. Biyo-geri bildirim araştırmalarında, hastalara hakiki biyolojik işaretlere (kalp atış hızı gibi) benzeyen, ama aslında yanlış veya tesadüfî olan, görsel veya işitsel işaretler vermek mümkündür. Bu, hastaya belli bir derece körlük verecektir. Yine de, hastaların bu şekilde bilfiil kandırılmış olacağına ilişkin etik bir endişe vardır ve araştırmacının, etkisinin düşük olduğunu bildiği bir tedaviyi kasten sunması nadiren kabul edilebilir bir durumdur.

Bu kulağa yeterince karmaşık gibi geliyor olabilir, ancak ortada göründüğünden daha fazla sorun bulunmaktadır. Genellikle, psikoterapi araştırmacıları, etkililik adı da verilen, sadece bir tedavinin istenen etkileri gösterip göstermediğini değil, aynı zamanda deneysel tedavinin mevcut bir başka aktif tedaviden daha iyi olup olmadığını da bilmek isterler; ayrıca tedavinin işe yarayacağı varsayılan nedenden dolayı işe yarayıp yaramadığını öğrenmek isterler. Bu sorunun cevabı **tedavi etkisinin özgüllüğü** (ayrıca bk. 14. Bölüm) testi ile bulunur. İlk durumda, zaten varolan bir tedavi aynı parayla aynı

sonuçları üretirken, yeni bir tedaviyi geliştirmek ve test etmek zaman ve para kaybıdır. Hâlbuki, eğer yeni tedavi daha önce tedavi edilemeyen bir problemi çözmeye yardımcı olmak için geliştiriliyor ise bu bir problem değildir; bu durumda yeni tedavinin etkili olduğu söylenir. Ancak, en azından bir takım hastalara faydası dokunduğu görülmüş tedavilerin olduğu bir durumda yeni bir tedavinin açıkça üstün olduğunu göstermek tedavi araştırmacıları için ciddi bir zorluktur. İkinci konu, psikoterapi araştırmacıları ortaya çıkardıkları yenilikçi müdahâlenin, hipotezde belirtilen nedenler yüzünden işe yaradığını göstermek isterler; belli teoriler veya psikoterapi modelleri, test eden için önemlidir. Örneğin bilişsel terapide, depresyonun, bilişsel terapistin saptayıp değiştirmeye çalıştığı gerçekçi olmayan, olumsuz düşünce örüntülerinin sonucu olduğu varsayılır. Eğer bilişsel terapinin belli etkileri olduğu gösterilecekse, araştırmacının, tedavinin bu bilişleri etkilediğini ve bu bilişlerdeki iyimser bir görüntüye doğru giden değişimin, üzerinde çalışma yapılan hastaların ruh hâlinin iyileşmesine istatistiksel olarak karşılık geldiğini göstermesi gerekir (Tablo 3.3).

Psikoterapide değişimle ilgili veri toplandığı zaman, araştırmacılar bu değişimin küçük ve tesadüfî olup olmadığını ya da, öyle umulur ki, hastanın hayat kalitesine faydalı olup olmadığını belirlemek için istatistiksel testler yürütürler. Tipik istatistiksel yaklaşım, yinelenmiş ölçüler (yani tedavi öncesi ve sonrası) ile anlamlılık testi (genellikle bir F-veya a-testi) yapmaktır. Eğer tedavi öncesi ve sonrası ölçümler arasındaki tesadüfi fark olasılığı $p <.05$ eşiği kullanılarak reddedilebilirse, buna **istatistiksel olarak anlamlı etki** denir ve genellikle bu sonuçlar araştırmacıları mutlu eder. Ancak bu gerçek dünyada ne anlama gelir; istatistiksel anlamlı etki her zaman önemli midir? Hükümetin, şizofreni geçmişi olan 1,000 işsiz bireye iş bulma becerileri edinmelerini sağlayacak bir eğitim programına 5,000,000 dolar yatırdığını düşünelim. Programın bitiminden 6 ay sonrasında bile, 1,000 katılımcıdan sadece 2 tanesi iş bulur (ve istatistiksel olarak bu fark sıfırdan farklıdır), ancak bir arkadaşlık öz değerlendirme testindeki puanları 10 üzerinden olan bir ölçekte 5.7'den 6.1'e çıkmıştır ve bu değişim istatistiksel olarak $p =.04$ ile anlamlıdır. Programa yatırım yapan hükümetin bakış açısından, bu sonuçlar **kliniksel olarak anlamlı** değildir; çünkü programın etkilemesi gereken ana değişken işsizliktir. Hiçbir politikacı vergi ödeyenlere gidip 5,000,000 dolar ile işsizlerin artık biraz daha kendilerini arkadaş canlısı hissettiğini söylemeyecektir. Buradan alınacak mesaj, başarının, genellikle istatistiksel anlamlılık ve hâlk için bir değeri olacak değişimin karışımıyla tanımlandığıdır.

Bu kısımda, psikoterapi araştırmalarının değindiği birçok anlamlı sorunun cevabını vermek için, epeyce karmaşık tedavi tasarımlarının gerekebileceği ortaya çıkmıştır; çoğu zaman birden fazla çalışmanın yürütülmesi gerekecektir (LaVaque ve ark., 2002). Kapsamlı bir deney genelde yeni tedaviyi alan bir grup, hiç tedavi olmayan diğer bir grup, belki beklentileri kontrol eden üçüncü bir grup ve endüstriyel standart olarak kabul edilen aktif bir tedavi alan dördüncü bir grubu içerir. Bu örneklemlerin analizde yeterli istatistiksel gücü olması kaydıyla (Cohen, 1977), bütün bu tedavi gruplarında gözlemlenen değişimlerin dikkatli analizi ve yorumu, gözlemlenen sonucun yeni tedavi için ne derece özgün olduğunun veya psikolojik tedavinin belirsiz fakat yine de faydalı etkisinden kaynaklandığının veya sadece rastgele bir etki olduğunun belirlenmesine olanak verir.

TABLO 3.3 Tedavi Sonuç Çalışmaların Tasarım ve Hepsinin Yanıtladığı Soru Türleri

TASARIM TÜRÜ	AVANTAJI	DEZAVANTAJI
Tedavi Öncesi ve Sonrası Değerlendirme	Basit, masrafsız ve değişim miktarını açıklayarak hesaplamaya olanak sağlar; etik problemi yoktur çünkü bütün hastalar tedaviyi alır.	Hiçbir alternatif açıklamayı reddedemez ve özgüllüğü açıklayamaz.
İki grup tasarımı: Deneysel tedaviye karşı tedavisizlik kontrolü	Etki geçmişini denetler.	Özgüllüğü ortaya çıkaramaz ve tedavi etkisini beklenti etkisinden ayıramaz; etik problemleri vardır çünkü genelde hastaların yarısı tedavi almaz; hastalar katılmaya çok istekli olmazlar.
İki grup tasarımı: Deneysel tedaviye karşı bekleme listesi kontrolü	Etki geçmişini denetler, etik açıdan kabul edilebilir çünkü sonuçta bütün hastalar tedaviyi alır; hastalar bu tarz çalışmaya katılınaya isteklidir.	Özgüllüğü ortaya çıkaramaz ve tedavi etkisini beklenti etkisinden ayıramaz; bekleme listesi grubunun takibine imkân tanımaz çünkü onlar da tedavi görmüştür.
İki grup tasarımı: Deneysel tedaviye karşı plasebo veya düşük tedavi kontrolü	Etki geçmişini denetler ve gözlemlenen tedavinin hangi kısmının beklenti olduğunu netleştirebilir; bu özgüllüğün açıklanmasına yardımcı olur.	Etik açıdan problemli çünkü hastalar eşit olmayan değerde tedavi aldılar; yeni tedavinin var olan aktif tedavilere üstün olup olmadığını açıklayamaz.
Üç grup tasarımı: Deneysel tedaviye karşı tedavisizlik veya bekleme listesine karşı yarışan aktif tedavi kontrolü	Etki geçmişini denetler ve gözlemlenen tedavinin hangi kısmının beklenti olduğunu netleştirebilir; bu özgüllüğün açıklanmasına yardımcı olur; ayrıca yeni tedavinin diğer varolan aktif tedavilere üstün veya sadece eşit olduğunu gösterir; eğer aktif tedaviler eşit derecede faydalıysa, esasen, karışma olmaksızın uzun dönem takibe imkân sağlar.	Karmaşık ve masraflı; başlangıçta ilgilendikleri tedaviye girme olasılıkları düşük hastalar arasında popüler değil.

Geçmiş yirmi veya otuz yıl boyunca, araştırmacılar binlerce tedavi sonuç çalışması yaptılar ve yüksek kaliteli çalışmaların standartları ciddi anlamda (işi öğrenen araştırmacılara bir hayli sıkıntı vererek) büyüdü. Günümüzde, gerçekten iyi bir çalışma, Tablo 3.4'te listelenen gereksinimlerin hepsini karşılayan çalışmadır.

TABLO 3.4 Tedavi Sonuç Protokolleri İçin Kalite Kriteri

1	Koşullara rastgele atama
2	Yeterli kontrol koşulları (etik ve bilimsel kesinlik dengesi), geçen zamanın, belirsiz etkilerin, hasta beklentilerinin denetimi
3	Tedavi karıştırıcılarından kaçınma
4	Çalışma amacına uygun belirli, güvenirliği olan ölçütler
5	İyi eğitilmiş, protokole bağlı ve tarafsız terapistler
6	Yeterli büyüklükteki örneklemler
7	Takip
8	Analizde tedavi niyetli prensip
9	Terapistin tedavi protokolüne ve tekniklerine bağlılığının kontrolleri
10	Danışanların tedaviye güvenirlik değerlendirmeleri

Belli sayıda tedavi sonuç araştırmaları yayımlandığı zaman, muhtemelen bireysel yazarlar ve konsensüs komisyonları tarafından incelenir ve kanıt, kalitesi ve güvenirliğine dair bir derecelendirme sistemi kullanılarak değerlendirilir. Etrafta bu tarz birden fazla sistem vardır, ama iyi haber bunların epeyce benzer olmasıdır. Burada gösterilen model Uygulamalı Psikofizyoloji ve Biyo-Geri Bildirim Derneği (Association for Biofeedback and Applied Psychophysiology) (LaVaquet ve ark., 2003) tarafından kullanılmıştır ve Amerikan Psikoloji Derneği tarafından kullanılan sistemle örtüşmektedir. Kanıt kalitesi seviyeleri ve tanımları şu şekildedir:

Seviye 1: Deneysel olarak desteklenmemiştir: Sadece anekdotsal raporlar ve/veya uzman değerlendirmesi yapılmamış vaka çalışmaları tarafından desteklenmiştir.

Seviye 2: Etkililiği olası: İyi belirlenmiş sonucun ölçümleriyle yeterli istatistiksel güce sahip en az bir çalışmaya sahip, fakat çalışmada dâhili bir kontrol durumunu sağlayacak seçkisiz atama eksik.

Seviye 3: Büyük olasılıkla etkili: Birden fazla gözlemsel, klinik, bekleme listesi kontrollü çalışmaya ve etkililiğini gösteren konu içi ve konular arası tekrar çalışmalara sahip.

Seviye 4: Etkili:

a. Seçkisiz atamanın kullanıldığı bir tedavisizlik grubu, alternatif tedavi grubu veya sahte (plasebo) kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, araştırılan tedavinin, istatistiksel olarak kontrol grubuna üstün olduğu veya orta seviye farkları saptayabilmeye yeterli gücü olan bir çalışmadaki etkililiği belirlenmiş bir tedaviye eşdeğer olduğu gösterilmiştir.

b. Çalışmalar, alınma kriteri güvenirliği olan, operasyonel tanımlı bir tarzda tanımlanmış, belirli bir problem için tedavi gören bir popülasyon ile yürütülmüştür.

c. Çalışmada tedavi edilen probleme dair açıkça belirlenmiş ve geçerli sonucun ölçümleri kullanmıştır.

d. Elde edilen veri uygun bir analize tabi tutulmuştur.

e. Tanısal ve tedavi değişkenleri ve prosedürleri, bağımsız araştırmacılar tarafından çalışmanın tekrarlanmasına imkân sağlayacak şekilde açıkça tanımlanmıştır.

f. Araştırılan tedavinin üstünlüğü veya eşdeğerliği en az iki bağımsız araştırma ortamında gösterilmiştir.

Seviye 5: Etkili ve belirli: Araştırılan tedavinin, güvenirliği olan sahte tedavisi, plasebo kontrol tedavisi veya alternatif kandırma amacı gütmeyen (bona fide) tedavi sonuçlarına göre istatistiksel üstünlüğü en az iki bağımsız araştırma ortamında gösterilmiştir.

Kategori sistemiyle tutarlı olarak, genellikle en büyük değer seçkisiz kontrol çalışmalarına ve bu tarz çalışmaların **meta-analiz** ile bir araya getirilmesine verilmektedir. Esasında, meta-analiz, literatürden birbirine benzer çalışmaların seçildiği (örneğin, "uçma korkusuna" psikolojik tedaviler uygulayan bütün çalışmalar), sonra her çalışmadan ortalama değişimi ve değişim değişkenliği ile ilgili aynı bilgilerin çıkarıldığı niceliksel bir inceleme yöntemidir. Birçok küçük çalışmaya, sanki hepsi büyük tek bir çalışmaymış muamelesi yapar: Bu deneylerdeki her hastaya, sonuca aynı kıymetli bilgiyi katıyormuş muamelesi yapılır. Meta-analiz prosedürleri ve bulguları hakkında daha fazla detay 13. Bölüm'de yer almaktadır. Meta-analizin, yazılı veya sözlü incelemelerin özünde olan kanıta dayanan olasılıkların ötesine gitme avantajı vardır. Ancak, anlamlı sonuçlara varabilmek için dikkatlice göz önüne alınması gereken çeşitli sınırlamaları da vardır. Meta-analizin anlamlı olmayan ayrı sonuçları bir araya getirebilme gibi eşsiz bir avantajı vardır; bunlardan bir havuz oluşturulduğunda yine de klinik açıdan ve istatistiksel olarak anlamlı etkiler gösterebilirler. Meta-analizin bütün potansiyel kusurlarının detaylı eleştirisine burada yer vermeyeceğiz, ama okuyucuları Rosenthâl'ın (1987) mükemmel incelemesine yönlendireceğiz. En önemli özelliklerinin şunlar olmasına dikkat ediniz:

- Yayım yanlılığı (geçersiz sonuçlu çalışmalardan ziyade olumlu sonuç vermiş çalışmaların yayımlanmasının daha muhtemel olması)
- Bilgi alma yanlılığı (araştırmacıların hipotezlerine uymayan çalışmaları görmezden gelme veya kusurlu bulma eğilimi)
- Gerçekten kıyaslanabilir çalışmaların çıkarılması
- Hedef popülasyonların net tanımları
- Seçkisiz ve körleme
- Bırakma analizi (drop-out analysis)
- Takip sürecinin olması veya olmaması
- Karıştırıcıların tanımı ve istatistiksel idaresi
- Tedavi bütünlüğü (terapistlerin aslında bir çeşit manüelleştirilmiş veya kısmen standardize edilmiş tedaviyi izlemeleri)

Niteliksel Araştırma

Klinik psikoloji, deneysel yöntemlerin kesinliğinden bir hayli yararlanmıştır ve klinik psikolojinin sağlık hizmetlerine kabul edilmesi geniş ölçüde bu araştırma geleneği sayesinde gerçekleşmiştir. Yine de, hipotez kurmanın ve katı bir şekilde nicel yaklaşımlarla test yapmanın özünde sınırlamalar barındırdığına dair iyi tartışılmış eleştiriler vardır; öyle ki, soruşturulması özellikle hedeflenenmiş olanın ötesinde herhangi bir

şey öğrenemeyiz. Bir araştırma, aşırı derecede odaklı olduğu zaman önemli bilgileri gözden kaçırmak kolaydır. Gelişigüzel gözlemden deney yapmaya götüren düşünme tarzının kendisi hareketli bir çalışma süreci hâline gelmiş, belli miktarda çok sıkı sorgulama ve sistematik analiz de bu safhaya uygulanmıştır. Bu alanda kullanılan yöntemler, **niteliksel araştırma** etiketi altında toplanmışlardır.

Niteliksel araştırma hipotez ile hareket etmez, test edilecek hipotezlerin dışındaki bilgilerin alımını engellemez ve dolayısıyla yeni görüşlerin keşfedilmesini mümkün kılar. Anlamlı olmaları için, niteliksel araştırmaların gözlemler çıkartması ve bunları temalara veya şablonlara kategorize etmesi gerekir. Örneğin, depresif, orta yaşlı birinin, sabah güne başlamak için kendini motive edemediğini; sosyal çevresine kendisini nasıl kabul ettirmediğinin; nasıl bir şey olduğunu bilemeyiz. Bir niteliksel araştırmacı, açık uçlu sorularla yarı yapılandırılmış görüşmeler yürüterek, hastaların deneyimlerini anlatacağı bir oturum sağlayabilir. Hastaların ifadeleri görüntü kaydına veya ses kaydına alınıp, yazılı dökümü yapılır; böylece hastaların deneyimleri arasındaki ortaklıkların aranabileceği kalıcı bir kayda sahip olunur. Altta yatan temaların aranmasına yardımcı olacak, bulguların tekrarlanma seviyesini arttıracak ve analizi yapacak araştırmacıya zaman kazandıracak bazı istatistik paketleri mevcuttur. Hangi temaların önemli olduğu yine de kısmen özneldir ve bu yüzden araştırmacı yanlılığının analitik sürece girmesi mümkündür. Günümüzde geniş çapta kabul gören, niteliksel yöntem için daha güçlü bir kriter, araştırmacının bütün çalışma adımlarına dahil olmamasıdır. Görüşme soruları kuşkusuz önceden hazırlanmalıdır veya görüşme ya da analiz kısmı (ya da ikisi de) araştırmacı değil, tarafsız biri tarafından yürütülmelidir (Mays ve Pope, 2000).

Niteliksel araştırma, klinik psikolojide pek sağlam bir zemine sahip olmamasına rağmen, eğitim, antropoloji, sosyoloji, danışmanlık psikolojisi ve bakıcılık alanlarında kayda değer bir popülerlik kazanmıştır. Klinik psikolojinin niteliksel araştırma yöntemlerine yönelik ilgisizliğinin, alanın kendine özgü niceliksel yönelimli eğitim programları, deneysel psikoloji bölümleri veya klinik psikoloji araştırmalarındaki genel soruların doğasından kaynaklanıp kaynaklanmadığı tartışılır. Niteliksel yöntemlere yöneltilen eleştiriler şunlardır:

- Veri toplama sürecindeki güvenirlik problemleri
- Bilgi çıkarma yöntemlerinin güvenirliği
- Yorumlama süreçlerindeki öznellik

Yüksek kaliteli niteliksel araştırmalar için yönergelerin yayımlanması (bk. Mays ve Pope,2000) bu eleştirilere karşı durabilmeye imkân tanımıştır.

Program Değerlendirmesi

Klinik psikolojideki tipik bir eğitim programı, klinik psikologların hem araştırma hem de klinik ortamlarda, bu tarz eğitimin kendi klinik çalışmalarının, deneysel kanıtların rehberliğinde yürütmeye destek olacağı beklentisi ile faaliyette bulunmalarını sağlamak için gayret eden, bilim insanı-uygulayıcısı modelini izler. Linden, Moseley ve Erskine'nin (2005) gösterdiği gibi, profesyonel eğitime yönelik bu tarz çifte hedefli yaklaşım, sağlık hizmetleri alanında alışılmadık olup, uygulamalı

alanlarda çalışan klinik psikologlara daha güçlü bir araştırma temeli ve diğer sağlık hizmetleri tedarikçilerinde görülenden daha fazla yöntemsel beceri sağlamaktadır (Linden ve ark., 2005). Dolayısıyla, klinik psikologların, klinik ortamlarda geliştirilen yeni programların değerlendirilmesini desteklemeye ön ayak olmaları veya buna doğru çekilmeleri muhtemeldir. Genellikle bu tarz programlar, klinik uygulamaların, hasta alımını sıklıkla tanıları gayet kesin ve az sayıda ek hastalığı olan gruplarla sınırlayan ve dolayısıyla nihai genellemesini kısıtlayan, klinik deneylerdeki zorunlu gereksinimlerin neden olduğu güçlüklerden yoksun bir şekilde yansıtılması ve yönetilmesini sağlamayı amaçlar. Dolayısıyla program değerlendirmesinin amaçları ve yöntemleri, seçkisiz klinik deneylerinkinden farklıdır. Program değerlendirmesi, bir hizmetin kullanışlı ve gerekli olup olmadığını, eğer öyle ise sunulduğunda kabul edilip edilmeyeceği, kimin kabul edeceği ve istenen etkileri üretip üretmeyeceğini bulmayı hedefler. Program değerlendirmesinde tipik bir yaklaşım, dört basamaklı bir sıra izler:

1. **İhtiyaçların Değerlendirilmesi:** Temel ekonomi anlayışı, bir topluma veya hastaneye yeni bir programın, böyle bir programa ihtiyaç olup olmadığına dair bir farkındalıktan yoksun bir şekilde sunulmaması gerektiğini söyler. En basit örnek, yaşlı evinde ikamet eden insanlara, briç oyununun öğretileceği bir seri geceye katılmalarıyla ilgilenip ilgilenmediklerini sormak olacaktır. Buradaki üstü kapalı amaç, insanları bir araya getirmek, sosyal destek ağları kurmak ve yaşlıları zihnen tetikte tutmaktır. Eğer ikamet edenlerin hiçbiri ilgi göstermeyecekse bu geceleri düzenlemenin ve eğitmen tutmanın bir anlamı olmaz.
2. **Program Planlaması:** Makul sayıda katılımcının ilgisi sağlandığında, kursun kaç gece süreceğini, derslerin hangi saatte başlayacağını ve ne kadar süreceğini, böyle bir programa başlamak için yılın uygun bir dönemi olup olmadığını belirlemek anlamlıdır. Ayrıca, masrafları karşılamak veya insanların katılımlarına kesin bağlılıklarını sağlamak amacıyla bir ücret alınıp alınmaması gibi sorular düşünülebilir. Kuşkusuz, eğer sunulan hizmet, örneğin ilaç kullananlar için serbest enjeksiyon alanı gibi daha karmaşık bir aktivite programı olsaydı, bu planlama sürecinin daha kapsamlı ve politik açıdan dirayetli olması gerekirdi; mekan çok önemlidir, komşulara danışılması, risklerin değerlendirilmesi ve en düşük seviyede tutulması, yatırımın düzenli hâle getirilmesi ve dahası gerekir (Linden, 2007).
3. **Biçimsel Değerlendirme:** Bu aşamada, esas planın gerçekten yürütüldüğünden emin olunması için programın fiilen uygulaması yapılır. Sadece kağıtta duran ve hiç uygulanmamış bir programı değerlendirmek saçma olurdu.
4. **Son Değerlendirme:** Bu dördüncü adım, tedavi araştırmalarındaki tedavi sonrası testine benzerdir, ama araştırmacılar insanların gerçekten değişip değişmedikleri ile ilgilenmezler; bu adımda programın devam etmesi, değiştirilmesi veya terk edilmesi sorusuna cevap aranır. Yararlar, zararlardan daha mı ağır basmaktadır? Ayrıca bu, araştırmacının yaşlılar evinde düzenli briç geceleri düzenlenmenin katılımcıları mutlu edip etmediğini ve bakım merkezine belirsiz sağlık şikâyetiyle gelenlerin sayısında azalmaya neden olup olmayacağını takip edebilmesini sağlar.

Az önceki örnekte görülebileceği üzere, program değerlendirmesinin nasıl yürütüleceği çoğunlukla çevre koşulları, programın doğası ve katılacak insan türüne bağlı olacaktır.

SONUÇ

Bu bölümde, psikolojideki araştırma yöntemlerinin fazla geniş bir incelemesi verilmedi fakat özellikle klinik psikologları ilgilendiren araştırma yöntemleri üzerinde duruldu. Bu itibarla, alanda sıkça kullanılan standardize testler ve gözlemsel yöntemler için güvenirlik ve geçerlik kavramları incelendi. Güvenirlik ve geçerliğin ne kadar çok yönlü olduğunu ve "x testini güvenirliği ve geçerliği vardır" gibi bir ifadenin, bir testin tanımlayıcısı olarak neden bir hayli kaba ve "ilkel" olduğunu gösterdik. İkinci büyük ilgi alanı, tedavide değişimin ölçülmesi idi. Bu bilgi, 13. Bölüm'de tartışılan tedavi sonuç araştırmalarını daha iyi anlayabilmek için faydalıdır ve 14. Bölüm'deki yenilikçi tedavilerin sunulmasına destek olmaktadır.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Test güvenirliği ve geçerliğinde kullanılan temel mantık ve kavramların çoğu, onyıllar boyunca değişmemiştir ve tartışılmamıştır. Ancak, ulaşılması için büyük bir çalışma gerektiren standartları temsil etmektedirler. Bu kitabın yazarları dâhil, birçok psikolog, sıklıkla önceki çabaları tekrarlayan ve makul seviyede bir güvenirlik ve geçerlik araştırması yapılmadan yayımlanan ve kullanılan standardize testler üzerinde çok sayıda araştırmadan şikâyetçidir. Test geliştirme sürecinde daha yüksek standartlar olmasını savunuyor ve yayınlarda test psikometrilerinin daha detaylı tanımlanmasının gerekliliğini destekliyoruz.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

ABAB tasarımı (ABAB design)
Anketler (Surveys)
Bekleme listesi kontrol grubu (Wait-list control group)
Çift yönlü kör araştırma (Double-blind study)
Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı (Inter-rater reliability)
Dengede tutma (Equipoise)
Etkililik (Efficacy)
Geçerlik (Validity)
Gözlemsel yöntemler (Observational methods)
Güvenirlik (Reliability)
İç tutarlılık (Internal consistency)
İçerik geçerlik (Content validity)
İki yarım güvenirliği (Split-hâlf reliability)
İstatistiksel olarak anlamlı etki (statistically significant effect)
Karışan tedavi (Confounding treatment)
Klinik olarak anlamlı etki (Clinically significant effect)
Kriter geçerliği (Criterion validity)
Meta analiz (Meta-analysis)
Niteliksel araştırma (Qualitative research)
Öngörü geçerliği (Predictive validity)
Örtüşmeli geçerlik (Concurrent validity)
Plasebo etkisi (Placebo effect)
Program değerlendirmesi (Program evaluation)
Seçkisiz, kontrollü çalışma (Randomized, controlled trial)
Soru formları (Questionnaires)
Tarihsel etki (History effect)
Tedavi etkisi özgüllüğü (Treatment effect specificity)
Tedavi sonuç çalışmaları (Therapy outcome studies)
Tek yönlü kör araştırma (Single-blind study)
Test-tekrar test güvenirliği (Test-retest reliability)
Vaka çalışması (Single case study)
Yapısal geçerlik (Construct validity)
Yüzey geçerliği (Face validity)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Bir test güvenirli değil iken geçerli olabilir mi?
2. Bir öz değerlendirme testinin kusuruz 1.0 iç tutarlılık puanı olması ne demektir?
3. Bir testin yüksek yüzeysel geçerliğe sahip olması iyi mi yoksa kötü müdür?
4. Niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemleri birbirlerini nasıl tamamlayabilir?

KAYNAKÇA

Achenbach, T. (1986). *Direct observation form of the child behavior checklist.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Clark, L., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment, 7,* 309–319.

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurements, 20,* 37–46.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). New York: Academic Press.

Floyd, F., & Widaman, K. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment, 7,* 286–299.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press.

Freedman, B. (1987). Equipoise and the ethics of clinical research. *The New England Journal of Medicine, 317,* 141–145.

Freud, S. (1932). *Vier psychiatrische krankengeschichten.* Wien: IPV.

Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis.* (J. Strachey trans.). New York: W. W. Norton.

Howitt, D. (2005). *Introduction to research methods in psychology* (1st ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hâll.

Hunter, J., & Hunter, R. (1984). Validity and utility of alternative predictors of job performance. *Psychological Bulletin, 96,* 72–98.

LaVaque, T., Hammond, D., Trudeau, D., Monastra, V., & Perry, L. P. (2002). Template for designing guidelines for the evaluation of the clinical efficacy of psychophysiological evaluations. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27,* 283–281.

Linden, I. (2007). Unpublished Honor's Thesis in Sociology. University of Waterloo, Ontario, Canada.

Linden, W., Moseley, J. V., & Erskine, Y. (2005). Psychology as a health care profession: Implications for training. *Canadian Psychology, 46,* 179–188.

Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ, 320,* 50–52.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T., Jr., Boykin, A., Brody, N., & Ceci, S., et al. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist, 51,* 77–101.

Posavac, E., & Carey, R. (2003). *Program evaluation: Methods & case studies* (6th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hâll.

Reise, S., Waller, N., & Comrey, A. (2000). Factor analysis and scale revision. *Psychological Assessment, 12,* 287–297.

Rosenthâl, R. (1987). *Judgment studies: Design, analysis, and meta-analysis.* Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Rosnow, R., & Rosenthâl, R. (2001). *Beginning behavioral research: A conceptual primer* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hâll.

Schwarz, N. (1999). Self-reports: How the questions shape the answers. *American Psychologist, 54,* 93–105.

Sudman, S., Bradburn, N., & Schwarz, N. (1996). *Thinking about answers: The application of cognitive processes to survey methodology.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

4. BÖLÜM

ETİK KURALLAR DOĞRULTUSUNDA KARAR ALMA*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Klinik psikolojide, içeriğini kavraması zor olan bölümlerden biri etik bölümüdür. Bunun birkaç nedeni vardır; bazı ilkeler ve içerdiği birçok belirsizlikler bu konuyu kavramayı zorlaştırmaktadır (Keith-Spiegel ve Koocher, 1985; Mills, 1984). Yine de, bir bilgisayarın arka planında durmaksızın çalışan bir virüs tarama programı gibi, klinik psikologlar her zaman etik ihtiyaçlara göre davranmalıdırlar. Etik davranış formasyonun neyle ilgili olduğunu aktarmak ve bu konuda karşı karşıya kalabileceğiniz tuzaklara karşı sizleri uyarmak amacı ile bu bölüme başlıyoruz. Etik konusunu, size yardımcı olabilecek unsurlar ve ilkelerin tanımlanması izleyecek ve bu konuda alınabilecek kararlarla ilgili size fikir verilecektir. Son olarak, karar alma süreci temel rehberini kullanarak bir örnek çalışma yapacağız.

ATMOSFERİ TESPİT ETMEK

Birinci bölümde, klinik psikologların karakteristik çalışma etkinliklerini tanımladık; genelde bu etkinlikler, birlikte çalıştıkları danışanlarının üzerinde hem yapıcı hem zararlı olabilecek birçok klinik muhakeme gerektirir. Klinik psikologlar tarafından yapılan bütün muhakemeler, yüksek uzmanlık yeterliliğine dair ve ahlaki standartlar beklentisiyle yönetilirler. Lisans düzeyinde eğitim alan çoğu öğrencinin öğrendiğinin aksine etik davranış ve karar alma süreci nadiren siyah ya da beyaz, doğru ya da yanlıştır. Bunun nedeni, ortamın ve koşulların sürekli değişmesi ve etik ikilemlerin, en yetenekli ve deneyimli psikolog tarafından bile mutlak biçimde önlenemez olmasıdır. Etik tartışılırken öğrencilere ilk öğrettiğimiz şey şudur: Yeni başlayan klinik psikologlar **etik karar alma süreci**ni öğrenmeye ve bu sürece rehberlik eden **etik ilkeler**le içli dışlı olmaya ihtiyaç duyarlar. Kendi sezgi ve içgüdülerine güvenerek çözümlenemeyecek olan bu konular için etik ilkeler, klinik psikologların sürekli başvuracağı temel kaynak olmalıdır. Bu araçlarla donanmış olsak bile etik, klinik psikoloji uygulamasının, bir ölçüde belirsizlikle yaşamayı öğrenmeyi gerekli kılan bir alanıdır. Etik meselesiyle yeni karşılaşan öğrenciler genellikle konunun üzerine atılmak ve eğitmenlerden doğru yanıtın ne olduğunu hemen öğrenmek

* Çeviren: Uzm. Klinik Psikolog Ceylin ÖZCAN

isterler. Bu çeşit taleplere yanıtımız yüksek ölçüde tatmin edici değildir çünkü bu hevesli öğrencileri kaygılandırırız. Evet, etik esaslar uygulama için mevcuttur ancak her senaryo için en iyi yanıt derin düşünme ve sistematik bir süreç kullanmada yatar. Mükemmel ve apaçık bir çözümün başucumuzda olduğuna ya da biz deneyimli psikologların buna sahip olduğuna dair yanlış inançtan kaçınmalıyız.

ETİK DAVRANIŞIN NE OLDUĞUNU TANIMLAMA

Etik karar almanın özü, diğerlerine karşı saygı duyma ve değer vermeye odaklanan binlerce yıllık din ve felsefe ilkelerinden türemiştir. Aynı düşünce, tıbbi uygulamanın erken dönem görüşlerine biçim vermiştir. Bu anlayış şu şekilde özetlenmiştir: "Her şeyin ötesinde, zarar verme" (Romalı doktor Galen, http: //www.medscape.com/viewarticle/543882). Psikolojide de bu durum farklı değildir.

Fakat doğru şeyi yapmakta olduğumuzu ya da en azından doğru süreci izlediğimizi nereden bileceğiz? Bu ahlakı ve uzman davranışını, sürekliliği olan bir olay olarak düşünmeye yardımcı olur. Bu sürekliliğin aşırı uçlarından birinde kanunlar tarafından iyi tanımlanmış ve otoriteler tarafından cezalandırmaya konu olacak suçlu davranış bulunur. Spektrumun diğer tarafında diğerlerinin çıkarı için özveride bulunma, kendini adama vardır. Bunun en güzel örneğini azizlikle ya da Nobel Barış Ödülü'yle mükâfatlandırılmış olan tanınmış kişilerin davranışlarında görebiliriz. Diğer bir uç, tabii ki, ceza kanunu tarafından kontrol edilen yasa dışı davranıştır. Bunun anlaşılması kolaydır çünkü yapılmaması gereken davranışlardan oluşan uzun listeler vardır: "Bir insan öldürülemez." ya da "Çalmak yasaktır." Ne yazık ki, "yapılmaması gerekenler"in böyle tertiplenmesi, günlük klinik uygulamada doğru davranış biçimini tanımlamada ve ahlaki davranışın yüksek standardını neyin temsil ettiğini bize anlatmada yeterli değildir. Bununla birlikte, bu spektrumdaki iki aşırı uç, psikologların etik kararlar almak için mücadele ettiği bir orta zemini benimser. İzin verilen davranışlar, kuralları yerine getirmemenin yalnızca suç teşkil etmeyebileceği ancak yine de suç unsuru olan davranış –hizmetleriniz için çift bedel almayınız gibi– sınırlandırıldığında, uygulamacı psikologların anlaması ve uygulaması daha kolaydır. "Danışanlarınıza saygılı ve değerbilir davranın." gibi bir zorunluluğun tanımlanması çok çok daha güçtür. Birisi tam olarak nasıl saygı gösterir? Bu doğru/yanlış spektrumuna başka bir yaklaşım yolu, bir ucu bir eşik ya da minimum seviye olarak ("Zarar vermemek gereklidir." gibi) diğer ucu uzun erimli bir amaç olarak düşünmeliyiz. Bunun anlamı şudur: Büyük olasılıkla ona tamamen ulaşamayacak olsak da etik davranış uzun süreli bir hedeftir ve bunun için sürekli olarak çabalamamız gerekmektedir. Etik davranışı tanımlayan başlıca ilkeleri anlaması çok da zor değildir; çünkü önceden ailelerde, kilise veya camilerde ve okullarda sergilenmiş felsefe veya din kökenli öğretici okumalardan çıkarlar. Bizden dürüst, yardımsever olmamız, tamamlanmış ve yetkin bir iş yapmada çok çaba harcamamız hem danışmanlarımızı hem de çevremizdekileri korumamız ve onlarla ilgilenmemiz beklenir. Benzer bir şekilde, bu ilkelerin çoğu zaman ihlal edildiği durumlar apaçık ihlallerdir: Terapistin ergen danışanıyla cinsel ilişkiye girmesi, çift terapistinin sorunlu bir ilişkide (iki tarafı da dinlemek yerine) hemen partnerlerden birinin tarafını tutması ya da bir psikoloğun uygulama ve yorumlama yetkisi olmadığı karmaşık bir testi (kötüye) kullanması durumunda olduğu gibi (Housman ve Stake, 1999). Edinilmesi gereken daha incelikli beceriler ise, ileriye dönük sorunların önüne geçilmesini sağlayanlardır: İyi not tutma, açık sözleşmeler, gizlilik için uygulama düzenini en iyi seviyeye getirme, kendi eylemlerinin etkilerini hesaba katma gibi. Bölümün ilerleyen kısımlarında bu çeşit karar almalara eşlik eden kapsayıcı ilkelerin üzerinde duracağız.

Gerçek zorluklar, her biri iyi ve etik olan iki ya da daha fazla ilkenin birbiriyle çakıştığı zaman ortaya çıkar.

Etik karar alma süreci ve etik çatışmalarla ilgili fikirleri detaylandırmak için, gündelik uygulama gerçeğinden temellendirdiğimiz etik ikilem içeren fakat herhangi bir bireysel özelliğin tanınmasını önlemek için değiştirilmiş üç klinik örnekle başlayalım. İlk vaka, aslında açık ve kolay çözümü olan bir durumda psikolog, etik kılavuzu izlemediği için gereksiz bir probleme neden oluyor.

İkinci ve üçüncü vakalarda tarif edilmiş ikilemlerin nasıl çözülebileceği daha ileride yine bu bölümde tartışılacaktır. Diğer taraftan, etik kuralların tarihsel gelişim süreci ve rasyonel temellerinin tanıtımının; okuyucunun bu kuralların, çözüm aşamalarının ne için kullanıldığını bildiğinde daha anlamlı ve teşvik edici olacağına inanıyoruz. Bunu izleyen bölüm, etik ilkelerin ve çözüm aşamalarının Kutu 4.1'de tanıtılan ikilemi çözmek için etkin bir şekilde nasıl kullanılabileceğinin gösterilmesiyle sonlanacaktır.

KUTU 4.1

1. Vaka: Dr. Marisa A, bir araba kazasından dolayı tazminat isteyen (majör kişilik bozukluğu olan) bir hastaya nöropsikolojik bir değerlendirme yapmıştır. Hasta (Suzy Q), Marisa A'nın hazırlayacağı raporun davasına muhtemelen yardımcı olmayacağını sezmiştir. Uzun süredir terapisti olan ve Suzy Q ile muayenehanesinde uyum sorunlarıyla ilgili çalışan John D'ye, Dr. A ile ilgili sert bir şikâyette bulunmuştur. Suzy Q, Dr. Marisa A'nın (terapötik anlaşma yerinin mahkeme için resmî değerlendirmenin bir parçası olmadığını düşünmeden) yetersiz olduğunu öne sürmüştür. John D deneyimsizdir ve bu çeşit şikâyetlerin bazı kişilik bozukluklarına özgü olduğunu gerçekten bilmemektedir. John D, hastası Suzy Q'ya bazı yönlendirici sorular sorar ve Marisa A'nın değerlendirmesinde profesyonellik dışı bir yol izlediği ve yetersiz olduğu kanaatine varır. Suzy Q'nın Psikologlar Derneği'ne şikâyette bulunmakta özgür olduğu konusunda onu bilgilendirmek yerine, uzmanlık dışı değerlendirme anlamına gelecek biçimde hareket eder ve Marisa A'yı şikâyet etme kararını üzerine alır. Şikâyet, tamamen işleme konulur: Marisa A, inceleme komitesine çok miktarda belge temin etmek ve kararı altı ay beklemek durumunda kalır. Şikâyet koşulsuz olarak geri çevrilmiştir; çünkü Marisa A'nın yanlış uygulamasına dair hiçbir kanıt yoktur.

Yazarın yorumu: Bu biraz değiştirilmiş ancak gerçek bir olaydır. Bunu neden burada anlattık? Örnek olarak burada sunulmasının nedeni, karar alma ölçütlerinden biri, potansiyel bir sorunda, ilk çözüm girişiminin konuyla ilişkili kişi sayısını ve acele verilen karardan kaynaklanacak zararı en aza indirmek olmasıdır. Bu vakada, özgül kural, John D'nin öncelikle Marisa A ile temasa geçmesi ve hikâyeyi bir de ondan dinlemesi gerektiğiydi. Böylece bu vakada Marisa A, kendi rolünü tanımlayabilir, bağlamı verebilir ve John D'ye, Suzy Q'da kişilik bozukluğunu nasıl teşhis ettiğini gösterebilirdi. Böyle olmuş olsaydı, bu Suzy Q'nın tatminsizliğini artırırdı. John D kuralları takip edip önce Marisa ile meslektaş olarak konuşmuş olsaydı muhtemelen Suzy Q'nın şikâyetinin temeli olmadığını fark edecekti. Bu zor bir durum değildi, ne yapılması gerektiği apaçık ortadaydı. Eğer Marisa A ile konuşma fazlasıyla tatminsizlik yaratıcı ve Suzy Q'nın haklı olduğuna ondan daha fazla ikna edici olsaydı, Marisa A ile ilgili resmî bir

KUTU 4.1 (DEVAMI)

şikâyette bulunup bulunmamakta hâlâ özgür olurdu. Bunun yerine, yeterince kanıt olmadan vermiş olduğu acele karar, Marisa A'nın sebepsiz yere fazlasıyla zaman kaybı ve sorunlar yaşamasına neden oldu.

2. Vaka: Klinik psikolog Dr. Ramin B (Bölüm 1'de size takdim etmiştik), çift terapisi alanında uzmanlık eğitimi almıştır ve önerilen rutini takip eder: Çift terapisinin başlangıcında ortak görüşmeden önce partnerlerden her biriyle yalnız olarak görüşür. Bu çift, evliliklerinin "sallantıda" olduğu konusunda hemfikir oldukları için terapiye gelir. Kocası, karısını terapinin çözüm olabileceğine ikna etmiş ve randevuyu almıştır. İkisi de evliliklerinin üzücü durumunu benzer şekilde tanımlamışlardır. Koca neden bu kadar kötü hâle geldiğini anlayamaz ve işlerin düzgün yürümesini ister. Diğer taraftan karısı, birebir seansta, geçen seneden beri ortak bir tanıdıklarıyla ilişki yaşadığını psikoloğa söyler. Bu ilişkiyi bitirmek istememektedir. Terapistin bu durumu henüz bilmeyen kocasına anlatmasını kesinlikle istemez. Yine de terapiye gelmek istemektedir; çünkü kocasının temelde iyi bir adam olduğunu düşünmektedir ve mevcut durumda evliliğin sunduğu ekonomik denge kendisi ve çocuklar için oldukça iyidir. Psikolog, partnerlerden biriyle ilgili diğerinin bilmeye izni olmadığı önemli bir bilgiye sahip olduğunda, yine de birleşik çift terapisini yürütmeyi hâlâ anlamlı bulabilir mi? Çift terapisi uzmanları arasındaki ortak görüş böyle bir terapinin yürümeyeceği yönündedir; çünkü partnerler ilişkiyi onarmak konusundaki niyetlerinde aynı seviyede değillerdir. Ayrıca, terapistin asla izni olmadığı bir konuda, eşin ilişkisine ilişkin bir bilgiyi kazara ağzından kaçırma olasılığı da yüksektir. Psikolog ne yapmalıdır?

3. Vaka: Dr. Anne C (Bölüm 1'de size tanıtıldı), bir klinik psikoloji programında akademik üyedir. Kendisinden lisans semineri alan bir lisans öğrencisiyle ("S") aynı mahâllede oturmaktadır. Ergen çocuklarının bir konuşmasını tesadüfen duyar ve "S"nin düzenli bir marihuana kullanıcısı ve ufak çaplı bir satıcı olduğunu öğrenir. Çocukları, "S"nin annelerinden ders aldığını bilmezler. "S" marihuana satışından kazandığı parayla eğitimine kaynak sağlamaktadır. Dr. Anne C.'den ne yapması beklenir?

ETİK UYGULAMA İLKELERİNE OLAN MESLEKİ SORUMLULUĞUMUZ

Son zamanlarda, klinik psikoloji eğitimi için akreditasyon almayı amaçlayan herhangi bir akademik programının etik karar verme öğretimini sistematik ve organize bir şekilde veriyor olması gerekir. Ayrıca, lisanslı veya kayıtlı bir psikolog olabilmek için adaylar Bölüm 2'de tanımlanmış mesleki uygulama sınavını geçmek zorundadırlar. Bu sınavın bir bölümü etik davranış üzerinedir. Adaylar, Lisans almak için bağımsız uygulama hakkı kazanmadan önce etik davranış ve yerel yönetmelik üzerine yazılı ya da sözlü sınavları (genellikle her ikisi de) tamamlamaya ihtiyaç duymaktadırlar.

Çıkacağı bilinen sorunlardan neler öğrenilebilir? Bu sorular, etiğin en çok hangi özelliklerinin öğretilmesi gerektiğini belirlerken, psikologların kendilerine karşı yöneltilen ve en sık rastlanan şikâyetlerin nedenlerine bakalım (Hâll ve Hare-Mustin, 1983). 2006 senesinde, British Columbia Psikologlar Derneği'ne en sık gelen şikayetler aşağıdaki üç başlık hâlinde listelenmiştir (http: //www.collegeofpsychologists.bc.ca/documents/Summary% 20of% 20Discipline% 20Information% 20-% 202006.pdf):

1. Uygun olmayan değerlendirme prosedürleri (tüm şikâyetlerin % 37,3'si);
2. Mesleki beceri eksikliği (% 13,5) ve
3. Danışan ilişkileri –anahtar sorunlar burada gizlilik ve sınır ihlalleri (% 13).

Sık karşılaşılan sorun noktalarının bu listesinden bilgilenme amacıyla, araştırmacılar tutumlar, inanışlar ve bu etik ihlallere eşlik eden bağlam değişkenlerini incelemişlerdir. Alınan şikâyetler için önemli bir önlem uygulama alanıdır. Şikâyetlerin sıklığına dair yukarıda belirtilen verinin öne sürdüğü gibi değerlendirme sonuçları insanların hayatında büyük bir etki yaratabilir. Eğer bir psikolog bir değerlendirmeden yanlış sonuçlar çıkarırsa, çocuklar bazı tedavileri ya da yetişkinler hakları olduğunu düşündükleri sakatlık maaşını alamayabilirler. Görece sık rastlanan bir diğer sorun ise, **sınır ihlalidir**; bir psikoloğun, depresyonu için yardım alan polis memurundan psikoloğa bir iyilik olarak otopark fişi hazırlamasını istemesini örnek olarak verebiliriz. Sınır ihlalinin bir diğer örneği, terapistin tedavide etkisi altında olan bir danışandan cinsel olarak faydalanmasıdır. Son yirmi yılı aşkın süredir sınır ihlallerinde en çok dikkat çeken nokta, bu nokta olmuştur. Örneğin, klinik psikologların ve psikiyatr olmayan hekimlerin cinsellik ve gizlilikle ilgili sınır ihlalleri içeren tutum ve davranışları incelenmiş ve karşılaştırılmıştır (Rubin ve Dror, 1996). 171 katılımcının yanıtları, meslek, cinsiyet ve statüye (öğrenci, çalışmayan, çalışan) bununla birlikte sınır ihlali betimlemeler ve yorumlamalarına göre analiz edilmiştir. Psikologların cinsel sınır ihlaline, hekimlerin cinsel sınır ihlalinden daha etik dışı olarak değer biçilmiştir. Her iki meslek grubu, terapist-danışan ilişkisinde danışanın özellikle hassas olduğu zamanlar olduğu konusunda hemfikirdir. Mevcut ihlalciler, vakalardaki ihlalcileri (kendi beyanlarına dayalı rapor temel alınarak), ihlalci olmayanlara göre daha hoşgörülü bir bakışla oylamışlardır.

Mesleki yetenek eksikliği gerçekten de bir hastaya zarar verebilir ve bu nedenle çok ciddiye alınır; hâlbuki nicelik belirtmek zordur ve de pahâlı ve zahmetli araştırmalar gerektirir. Genellikle, bu tip bir şikâyetin geçerli olduğu saptanırsa, lisans kaybından ziyade bir kınamaya yol açar. Gizlilik ilkesi ihlalleri talihsiz oldukları kadar genellikle geri dönüşü olmayan ihlallerdir. Örneğin, eğer bir psikolog bir partide (birkaç içkiden sonra), o yörede tanınan (utanılacak kişisel bir sorunu olan) bir kişi hastası olduysa, onunla ilgili topluma bir bilgi sızdırırsa yaratacağı hasar geri döndürülemez. Samimi bir özür yeterli olamaz.

Yasal Durumlar ve Etik

Psikologlar için ülkelerindeki (ya da eyaletlerindeki ya da illerindeki) yasaları tanımaları çok önemlidir. Zor bir etik karar verme olarak görünebilecek bir durum, yasal olarak örnek bir olay veya yerinde bir yasayla kolaylıkla çözülebilir. Ne yazık ki, yasaların bizim için çözdüğü potansiyel etik ikilemlerle ilgili fazla örnek bulunmamaktadır, ancak

yasal çözümler olduğunda onların uygulamaları açık ve nettir. Lisanslı olmak için, klinik psikologların yerel mevzuata hakim olmaları gereklidir. Genelde, bilinmesi gereken en kritik yasalar yöresel ya da eyalete özgü yasalardır. Örneğin, duyduğumuz her yöresel ya da eyalete özgü yargı mercilerinde *çocukların ihmali ve fiziksel cinsel istismarıyla* ilgili zorunlu raporlara gereksinim duyulmaktadır. Bir klinik psikolog ve diğer sağlık çalışanlarının şüphelendikleri bir istismarı rapor etmek, bu danışanın gizliliğini ihlal etme anlamına gelse de seçim şansları yoktur, rapor etme mecburiyetleri vardır. Rapor etme çoğunlukla çocuk sağlığı büroları, çocuk gelişimi bakanlıkları veya benzer hükümet kuruluşlarıyla temasa geçmeyi gerektirir.

Psikologlar aynı zamanda **gizlilik ilkesinin sınırlarını** belirleyen yasaları da bilmeye ihtiyaç duyarlar. Bir hakim, eğer danışanın mahkemeye gitmesi gerekiyorsa, psikologdan vaka dosyalarını getirmesini isteyebilir. Bu istek, psikoloğun danışanı ile ilgili istisnasız her belgesini kapsar. Bu nedenle, bir değerlendirme ya da bir terapi sürecinin başında, terapistin, danışana hâlihazırda ya da bekleyen bir mahkeme prosedürünün olup olmadığını sorması da iyi olabilir. Bu bilgi, psikoloğun danışanın kayıtlarını nasıl alacağını şekillendirebilir veya şekillendirmelidir. Şöyle bir soru rehber olabilir: "Bu yazılı malzeme olaylara dayalı olarak doğru ve tam mıdır? Bu yapıcı olan ve hiçbir saldırı içermeyen bir dilde ifade edilebilmiş midir?"

Bir diğer yaygın gereksinim, psikoloğun bir danışanının "beyin sarsıntısı veya bunamasına" bağlı becerilerinin bozulmasına rağmen motorlu taşıt kullandığını öğrendiğinde Motorlu Taşıtlar Departmanı'nı bilgilendirmek görevidir. Bu diğerlerinin korunması açısından anlamlıyken, psikoloğun şunu da hesaba katması gereklidir: Bir hasta sürücü belgesini (ve ona bağlı hareket kabiliyetini) kaybedecek ve bu kararla çok mutsuz olacaktır. Bu durum, psikolog ve danışanı arasındaki ilişkiyi muhakkak etkileyecektir.

Gizlilik ilkesinin sınırları meselesi, ünlü bir Kaliforniya davasında fazlasıyla reklam olmuştur (genel anlamda "Tarasoff Kararı" olarak bilinir). Bu dava Kutu 4.2'de özetlenmiştir. (http: //www.adoctorm.com/docs/tarasoff.htm adresinden alınmıştır).

Tarasoff kararı, psikologlar için iki önemli durumu ortaya koymaktadır. Bir yandan, psikologların danışanlarını korumak için ne kadar ileri gitmeleri gerektiği konusunda örnek olacaktır; bunun da ötesinde bu vaka tedavi yapanlar için gelecekteki etik kararlarla ilgili güçlü bir örnek olacaktır.

Davranış Uygulama Kuralları/Tüzükleri

Özel durumlar için karşılıksız yasal gereksinimlere ek olarak, psikolojide lisans veren kuruluşlar, psikolojide genel uygulama alanlarına dair bilgi birikimi sağlamak için çok çaba sarf etmelidirler. Bazı öngörülebilir mesleki sorumluluklarla nasıl başa çıkılacağı konusunda somut **uygulama kuralları** sağlanmalıdır. Bu kurallar, psikologlara çok yardımcı olmaktadır. Eğer psikologlar kuralları izlerlerse gerçekten ne yapacaklarını bilebilirler. Klinik psikolog tarafından yapılan öneriler yetkin ve iyi tanımlanmış bir değerlendirme sürecinden mantıklıca elde edilmiş olduğunda, bu önerileri beğenmeyen bir danışanın terapistine medyan okunması, terapistini mahkemeye vermesi daha güç olur. Farz edelim ki mesleki eğitim, araştırma, değerlendirme ve tedavideki çoğu durum benzer olsun, çoğu durumlarda nasıl davranılacağını bilmek gerçekten güçtür.

KUTU 4.2

DÖNÜM NOKTASI OLAN BİR MAHKEME KARARI: TARASOFF V. *KALİFORNİYA ÜNİVERSİTESİ YÖNETİM KURULU ÜYELERİ*, KALİFORNİYA YÜKSEK MAHKEMESİ, 1976

Olaylar: Prosenjit Poddar, Kaliforniya Üniversitesi, Berkeley'de, denizcilik mimarisi okuyan Hintli bir öğrencidir. Tatiana Tarasoff isimli arkadaşı olan bir öğrenciyle flört etmeye başlamıştır. Onu birkaç kez öpmüş ve onunla özel bir ilişkisi olduğunu hissetmiştir. Amerikan geleneklerine tamamen yabancıdır ve daha önce hiç ilişkisi olmamıştır. Tatiana başka erkeklerle olan ilişkilerini göz önüne serdiğinde ihanete uğradığını hissetmiştir. Depresyonu nedeniyle Üniversite'nin Sağlık Birimi'nde bir psikoloğa, (Dr. Moore'a) gitmiştir. Bir silah alıp Tatiana'yı vurma niyetini açık etmiştir. Dr. Moore, kampüs polisine bir mektup göndermiş ve Poddar'ı bir psikiyatri hastanesine götürmelerini talep etmiştir. Kampüs polisi Mr. Poddar'la görüşmüş fakat; Mr. Poddar onları kendisinin tehlikeli olmadığına ikna etmiştir. Onu Ms. Tarasoff'tan uzak durmaya söz vermesi koşuluyla serbest bırakmışlardır. Sağlık Birimi'nin sorumlu psikiyatristi, izinden döndükten sonra polise iletilen mektubun yok edilmesine göz yummuş ve sonrasında bu konu ile ilgili hiçbir etkinlikte bulunulmamıştır. Mr. Poddar yaz bitiminde, Tatiana, Brezilya'daki hâlasını ziyaret ettiği sırada Tatiana'nın erkek kardeşine taşınmıştır. Tatiana döndüğünde ona sessizce yaklaşmış ve onu bıçaklayarak öldürmüştür.

Tatiana'nın ailesi kampüs polisine, Sağlık Birimi çalışanlarına ve Kaliforniya Üniversitesi Yönetim Kurulu üyelerine karşı, kızlarının tehlikede olduğu konusunda kendilerini uyarmakta başarısız oldukları için dava açmıştır.

Karar: California Yüksek Mahkemesi, bir terapist için bir hastanın durumunu kaynaklanan öngörülebilir tehlike önlemenin bir görev olduğunu, tehdit edilen kişileri uyarma konusunda makul bir özenin gösterilmesi hükmünü vermiştir. Bu, aşağıdaki mahkeme sonucunu temel alan Tarasoff kararı olarak bilinir:

"Bir terapist, hastasının bir başkasına ciddi anlamda şiddet gösterme tehlikesi olduğunu belirlediğinde veya mesleki ilkeleri gereği belirlemesi gerektiğinde, müstakbel mağduru böylesi bir tehlikeye karşı korumak için akılcı hizmet verme zorunluluğu vardır. Bu görevi yerine getirmek için terapistin çeşitli önlemlerden birini ya da birden fazlasını alması gerekebilir. Böylece, –müstakbel mağduru uyarmak, polise haber vermek– o koşullar altında hangi önlemler akılcı ve gerekliyse alınak durumundadır."

Sanıklar, yasalaşan APA talimatlarını da içeren dava özeti sayesinde, psikiyatrların şiddeti kesin olarak öngöremeyebileceğine ikna olmuşlardır. Mahkeme, terapistlerin mükemmel bir performansı göstermelerini istemedikleri "fakat sadece benzer koşullar altında meslek erbapları tarafından genelde sahip olunan hizmet kurallarını akılcı seviyede uygulamalarını" gerektiği yanıtını vermiştir. Olayları sonradan anlamaya yardım eden kanıt, ihmali belirlemekte yetersizdir. Tarasoff vakasının terapisti, Poddar'ın şiddete meyilli olduğu tehlikesini kesinlikle öngörmüştür.

Yazarın notu: Bu metin internet sitesinde yayımlanmış versiyonundan hafifçe kısaltılmıştır; psikologların fazla ilgisini çekmeyecek etikle ilgili yasal prosüdürlere ait detaylar çıkarılmıştır.

Bu, lisans veren kuruluşlarının **davranış kuralları** veya uygulama rehberi olarak adlandırdığı yayınlarda açık hâle getirilmiştir ve uygulamacı psikologlar bu kılavuzları baştan sona bilmeli en azından onlara kolaylıkla ulaşabilmelidir.

Aynı zamanda **etiğin temel ilkelerinden** bahsedeceğiz; çünkü uygulama kılavuzlarını yazan aynı kuruluşlar kısa sürede bireysel koşulların ve ortam değişkenlerinin, bu genel kılavuzlara her zaman uymadığını fark etmişlerdir. Özel koşullar, karar alma sürecinde özenle hesaba katılmalıdır. Ama önce, uygulama kılavuzlarının kullanılışına bakalım. Burada, okuyucu uygulama kılavuzundan karar almada somut yardım öneren birkaç örnek bulacaktır. Bu örnekler, ulusal lisans veren kuruluşların web sayfalarında rahatça ulaşılabilecek birçok rehber kılavuzunda yalnızca var olan örneklerdir. İzleyen bölümde, tanıtma amacıyla **gözetim ve erişim değerlendirmesi** adında özel bir uygulama kılavuzunu tartışacağız. Bu tartışmalı ve ihtilaflı olabilecek bir kılavuzdur (Mnookin, 1975; Weithorn, 1987).

Çeşitli uygulama alanlarından dört örneği aşağıda bulabilirsiniz (http: //www.apa.org/ethics):

Örnek 1

2.01 Yetkinliğin Sınırları

(a) Psikologlar sadece yetkinliklerinin sınırladığı alanlarda hizmet temin ederler, öğretirler ve insan topluluklarıyla araştırmalar yürütürler. Bu, eğitimlerine, denetimden geçmiş deneyimlerine, danışmanlıklarına, çalışmalarına ve mesleki deneyimlerine temel olur.

Örnek 2

3.10 Bilgilendirilmiş Kabul

(a) Yasalar ve yönergelerde olmayan etkinlikler; yasalar veya hükümet düzenlemeleri tarafından veya bu Etik Kurallar Klavuzu'nda sağlanmış olanlar gibi belirlenenler dışında; psikologlar bir araştırma yürüttüklerinde veya değerlendirme, terapi, danışmanlık yaptıklarında veya konsültasyon servislerinde bireysel veya elektronik ileti ya da diğer iletişim yollarıyla hizmet verdiklerinde bireylerin kullandığı dili, o kişi veya kişiler için anlaşılabilir dili kabul ederler.

Örnek 3

5.05 Onay Belgeleri

Psikologlar tedaviye gelen danışanlarından/hastalarından veya diğer kişilerden kanıt/onay belgeleri talep etmezler çünkü bu kişilerin özel koşullarından dolayı bu tür durumlara karşı savunmasızdırlar; böyle bir yaklaşım nüfuzu kötüye kullanmak anlamına gelir.

Örnek 4

6.03 Ödemenin Olmaması ve Kayıt tutma

Psikologlar bir danışanın/hastanın acil tedavisi için istenen ve ihtiyaç duyulan kontrolü altında alınacak kaydı tutmayabilir; çünkü herhangi bir ödeme alınmamıştır.

Gözetim ve Erişim Raporları: Gerekli ve Tartışmalı

Gözetim ve erişim raporları, yararlı kılavuzların özellikle iyi bir örneğidir ve tanımları iyi olan kılavuzların nasıl yardımcı olabileceğini gösterir. Belirlenmiş eğitimleri ve deneyimleri sayesinde klinik psikologlar, bir boşanma sürecinde çocuğa saygı göstererek anne babaya yardım edilmesi gerektiği zaman gözetim ve erişim kararlarıyla ilgili değerli hizmetler sunabilirler. Boşanma gözetim vakalarının önemli bir bölümünde (% 90) ebeveynler gözetim düzenlemelerini mahkemeye başvurmaksızın onaylarlar (ve süreçteki yoğun yasal ücretlerden kendilerini korurlar) (Melton, Petrila, Poythress, ve Slobogin, 1987). Bunun yanında, mahkemeye giden vakalar karmaşık, acı verici ve can sıkıcı olma eğilimindedirler. Bu tarz karmaşık ve çekişmeli yaklaşımlara getirilebilecek potansiyel bir açıklama, mahkemeye giden gözetim vakalarının (çabuk çözümünden çok) orantısız rakamı en azından bir ebeveynde majör kişilik bozukluğu olmasıdır (Johnston, 1992, 1995). Kişilik bozukluğu olan bireyler yasal işleyişleri fazlasıyla ağırlaştırırlar (Eddy, 2006). Kararlardan memnun olmamaya daha fazla meyil ederler. Psikologların, kendilerini yetersiz veya ön yargıyla ele aldıklarını düşünerek tatminsizlikle saldırırlar. Bu tarz şikâyetler maalesef yaygındır, psikologlar doğrusunu öğrenmeye heveslidirler. Yetkin bir müdahâle: çocukları korumak, ebeveynlere yanıt vererek (bu mümkün olduğu ölçüde), kendilerini etiği bağlayan can sıkıcı şikâyetlerden korumak için yapılmalıdır. Yetkin bir müdahâleyi garanti altına almak ve hoşnutsuz ebeveynlerden gelebilecek şikâyetleri en aza indirgemek için, böylesi özgül kılavuzlar psikoloğa rehberlik eder; Kutu 4.3'te kutusunda bu konudan bahsedilmiştir.

Etik Yönetmeliği

Benimsenecek davranışların detaylı kurallarına erişme, klinik psikologların hayatını çok kolaylaştırır. Sorun hâline gelebilecek birçok durum, bu kurallar basitçe izlendiğinde bertaraf edilebilir. Her ne kadar psikolog bu davranış kılavuzunu harfi harfine izlese bile, ikilemler bazen onları zorlar; bölümün başında anlatılan iki sorunlu vakada gördüğümüz gibi. Tanım olarak, böylesi bir ikilem içerisinde olmak kolayca ulaşılabilecek bir yanıtın olmadığı anlamına gelir. Umuyoruz ki sonunda psikolog bir ya da diğer ilke bozulduğu zaman ortaya çıkacak zararı en aza indirgeyecektir.

Tahminen böylesi ikilemlerin detayları ve ortam değişkenleri yüksek ölçüde duruma özgüdür ve ilkeler arası çatışmadan her zaman kaçınılamaz. Psikolog zararı en aza indirgeyecek şekilde durumu çözecek araçlara ihtiyaç duyar. Ayrıca, özgül bir tutum kılavuzu oluşturmak, müşterek olarak paylaşılan değerlerden bir temel kurmayı zorunlu kılar. Bu tarz bir temel kurma, etik yönetmeliği olarak adlandırdığımızı yansıtır. Bu, yüksek bir ahlaki standartla mesleki davranışa dair yönergeleri içeren çok genel bir listeden oluşur. Birinci etik yönetmeliğin, Amerika'da ilk olarak 1953'te (American Psychological Association, 1953) ortaya çıkmasından başlayarak, her eyaletteki ve ulusal yargı mercilerindeki psikologlar,

KUTU 4.3

BOŞANMA DAVALARINDA ÇOCUK GÖZETİMİ DEĞERLENDİRMELERİ KILAVUZU

I. Yönlendirici kurallar: Çocuk Gözetimi Değerlendirmesinin Amacı

1. Değerlendirmenin birincil amacı, çocuğun en önemli ruhsal çıkarlarının değerini bilmektir.
2. En önde gelen şey, çocuğun çıkarları ve iyi olmasıdır.
3. Değerlendirmenin odak noktaları ebeveynliğe dair beceri, çocuğun ruhsal ve gelişimsel ihtiyaçları ve bundan doğan sonuçlardır.

II. Genel kurallar: Çocuk Gözetim Değerlendirmesini Hazırlama

4. Psikoloğun rolü, bir hedefi yani yansız duruşu korumaya çaba sarf eden uzman bilirkişinin rolüdür.
5. Psikolog, uzmanlaşmış yetkinlik kazanmış kişidir.
6. Psikolog, kişisel ve toplumsal ön yargılara karşı dikkatlidir ve ayrımcı olmayan bir uygulamayı öne çıkarır.
7. Psikolog, çoklu ilişkilerden kaçınır.

III. Prosedüre uygun kurallar: Bir Çocuğun Gözetim ve Değerlendirmesini yönlendirmek

8. Değerlendirmenin kapsamı, değerlendiren kişi tarafından belirlenir, söz konusu sorunun doğasını temel alır.
9. Psikolog, tüm yetişkin katılımcılardan bilgilendirmiş onay alır ve olması gerektiği gibi çocuk katılımcıları bilgilendirir.
10. Psikolog, gizlilik ilkesinin sınırları ve alınan bilginin açıklanması hususu ile ilgili katılımcıları bilgilendirir.
11. Psikolog, birçok veri toplama yöntemi kullanır.
12. Psikolog, klinik ya da değerlendirme verisini ne aşırı yorumlar ne de uygunsuz bir şekilde yorumlar.
13. Psikolog, kişisel olarak değerlendirilmemiş olan herhangi bir bireysel ruhsal işleve dair hiçbir düşünce belirtmez.
14. Eğer varsa, öneriler; çocuğun en önemli ruhsal çıkarlarının ne olduğu üzerine temellenir.
15. Psikolog, mali düzenlemeleri açıklığa kavuşturur.
16. Psikolog, yazılı kayıt alır.

etik kuralları bir araya getirerek ve tartışarak saatler harcamıştır. Uzman psikologlara bu kuralların değerlerini yansıtmak ve yüksek ahlaki değerlerinden haberdar etmek için çaba sarf etmişlerdir. Bu etik kurallar, düzenli bir temel üzerine genişletilmiş ve gözden geçirilmişlerdir (American Psychological Association, 1985, 1992, 1993). Farklı ülkeler arasında da tutum kurallarının karşılaştırılması, psikologların aynı şeyleri önemsedikleri ve meslek olarak etkileyici bir büyüme ve olgunlaşma gösterdiğimiz konusunda baskın bir fikir verir. Kutu 4.4'te Amerikan Psikoloji Derneği'nin etik yönetmeliğinin altını çizdiği genel prensipleri listelemektedir (http: //www.apa.org/ethics).

KUTU 4.4

APA ETİK YÖNETMELİĞİ'NİN GENEL İLKELERİ (APA RESMÎ İNTERNET SİTESİNDEN ALINTILANMIŞTIR)

Bu bölüm Genel İlkeleri içermektedir. Genel İlkeler, kendi doğası gereği ilham vericidir. Amaçları, en yüksek mesleki etik ideallere doğru psikologlara esin kaynağı olmak ve rehberlik etmektir. Genel İlkeler, Etik Standartların aksine, zorunlulukları temsil etmemeli ve uygulanacak yaptırımların temelini biçimlendirmemelidir.

İlke A: Yararlı Olmak ve Zarar Vermemek

Psikologlar ilgilendikleri ve uğruna çalıştıkları kişilerin yararları için çaba sarf eder ve onlara zararlı olmaktan kaçınır. Mesleki eylemlerinde psikologlar, mesleki etkileşime geçtiği insanların, sarsılmış kişilerin, araştırma hayvanlarının hakları ve iyi hâlini koruma arayışındadırlar. Psikologların yükümlülükleri ve endişeleri arasında çatışmalar meydana geldiğinde, zarardan kaçınarak ya da çatışmayı azaltarak sorumlu bir biçimde bu çatışmaları çözme girişiminde bulunurlar. Psikologlar, bilimsel ve mesleki yargı ve eylemlerinin başkalarının hayatlarını etkilemesinden dolayı, bu etkinin suistimaline yol açabilecek kişisel, mali, toplumsal, örgütsel ya da politik etmenlere dikkat eder ve önlem alırlar. Psikologlar, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarının yardım becerileri üzerindeki olası etkilerinin farkında olmaya gayret ederler.

İlke B: Sadık Olma ve Sorumluluk

Psikologlar birlikte çalıştıkları kişilerle güven ilişkisi kurarlar. Topluma ve çalıştıkları özel topluluklara karşı olan bilimsel ve mesleki sorumluluklarını dikkate alırlar. Psikologlar davranış standartlarını sürdürürler, zorunluluklarını ve mesleki rollerini belirginleştirirler, davranışlarıyla alakalı uygun sorumlulukları kabul ederler, istismar ve zarara yol açabilecek çıkar çatışmalarını yönetmeye çalışırlar. Psikologlar, hizmet verdikleri kişilerin en önemli ve kapsamlı çıkarları için diğer uzmanlar ve kurumlara başvururlar, onları referans alırlar ya da onlarla iş birliği yaparlar. Meslektaşlarının bilimsel ve mesleki davranışlarının etik toleransıyla ilgilidirler. Psikologlar, mesleki zamanlarının bir kısmını kişisel avantajlarını geliştirmeye adarlar.

İlke C: Dürüstlük

Psikologlar bilimde, öğretilen ve uygulanan psikolojide kesinlik, dürüstlük ve hakikilik değerlerini yükseltmeye kendilerini adarlar. Bu uygulamalarda psikologlar çalmazlar, aldatmazlar ya da sahtekârlık yapmazlar, olguyu amaçlı yanlış temsil ederek dolandırıcılık yapmazlar. Psikologlar verdikleri sözleri tutmak için çaba serf ederler, akılcı olmayan veya belirsiz olan taahhütler vermekten kaçınırlar. Hayal kırıklığına etik olarak hak verilebileceği durumlarda zararı en aza indirgemek ve faydaları mümkün olan en yüksek seviyeye ulaştırmak için, psikologlar ihtiyacın ne olduğunu, olası sonuçların ne olacağını tahmin etmekle yükümlüdürler. Böylesi yöntemlerin kullanılmasıyla ortaya çıkacak diğer zararlı etkileri ya da doğabilecek herhangi bir güvensizliği düzeltme sorumlulukları vardır.

KUTU 4.4 (DEVAMI)

İlke D: Dürüstlük

Psikologlar tarafsızlık ve dürüstlüğün kendilerine ulaşacak ve psikolojiden hizmet alacak bütün kişilerin hakkı olduğunu kabul ederler. Süreçlerin, prosedürlerin ve psikologlar tarafından yönetilecek hizmetlerin kalitesi dengelenmelidir. Psikologlar akılcı bir muhakemeyle uygulama yaparlar. Olası ön yargıların, yetkinliklerinin sınırlarının ve uzmanlıklarının sınırlılıklarının yersiz uygulamalara yol açmamasını ya da göz yumulmamasını sağlamak için önlem almak zorundadırlar.

İlke E: Kişilerin Hakları ve İtibarlarına Saygı

Psikologlar herkesin değerlerine, itibarına, bireylerin gizlilik, mahremiyet ve kendi kararlarını verme haklarına saygı duyarlar. Psikologlar, özel korumaların, kendi kararlarını vermelerine engel olan hassasiyetlere sahip kişi veya toplulukların refah ve haklarını korumak adına gerekli olabileceğini dikkate alırlar. Psikologlar, kültürel, bireysel farklılıklara ve yaş, cinsiyet, cinsel kimlik, ırk, etnik köken, kültür, ulusal köken, din, cinsel yönelim, sakatlık, dil ve sosyoekonomik statüyü içeren rol farklılıklarına saygı duyar, bunları dikkate alırlar. Bu etkenleri, böylesi grupların üyeleriyle çalışırken göz önünde bulundururlar. Psikologlar çalışmaları üzerinde bu etkenlerden kaynaklanan ön yargıların etkilerini elemeye çalışırlar. Peşin hükümlerin üzerine kurulan diğer eylemlere bilerek eşlik etmezler veya göz yummazlar.

Bu genel ilkeler sonrasında aşağıdaki özel uygulama alanlarına uygulanırlar. Bunlar aynı zamanda 10 etik standart olarak referans alınırlar:

1. Etik meseleleri çözmek
2. Yetkinlik
3. İnsan ilişkileri
4. Gizlilik ve mahremiyetin korunması
5. Bildiri ve diğer toplumsal açıklamalar
6. Kayıt alma ve ödeme
7. Eğitim ve staj
8. Araştırma ve yayın yapma
9. Değerlendirme
10. Terapi

(Tüm etik yönetmeliği 1 Haziran 2003 tarihinde yürürlüğe girmiştir; yönetmeliğe dair bilgi APA internet sitesinde bulunabilir, http: //www.apa.org/ethics.)

APA yönetmeliği ilkeleriyle uyumlu olarak, Kanada Psikologlar Derneği önemli kavramların bir kısmını bir adım daha ileri götüren kendi etik yönetmeliğini tasarlamıştır (Canadian Psychological Association, 1998; Pettitor ve Sinclair, 1992). Bunlar diğerlerinden ayrı olarak Kanada etik yönetmeliğinin koyduğu dokuz özgün vasıftır.

Etik karar verme süreci yönetmeliğin yararını en ileri seviyeye taşımak üzere tasarlanmıştır. Bu yönetmeliğin pratik özelliklerinin herhangi bir yargıya varırken yararlı olacağını unutmayın.

Kanada etik yönetmeliğinin dokuz ana özelliği şöyledir:

1. Bu yönetmeliği yazmak adına yazarlar, var olan diğer çoğu yönetmeliklerin eleştirel analiziyle işe başladılar.
2. Bu yönetmelikte özellikle yenilikçi olan ve birinin kendi mesleğine saygı duymasına çağrı yapan toplumsal anlaşma diye adlandırılmış olanın dâhil edilmiş olmasıdır. Sırasıyla diğer meslek mensuplarıyla ve daha geniş alanda toplumla benzer bir anlaşma içinde bulunmaktadır.
3. Uygulamacı psikologlar tarafından denenmiş bir betimleme serisinin kullanılmasıyla geliştirilmiştir. Aynı zamanda psikologların geri bildirimi, etik ilkeler listesinin gözden geçirilmesinde kullanılmıştır.
4. Bu yönetmeliğin altını çizdiği ilkeler, dört ana etik ilke etrafında düzenlenmiştir. (Kutu 4.5'te başlıca önemli ve ikincil ilkeler gösterilmiştir.)
5. Farz edelim ki, etik bir ikilem benzer tüm etik ilkelere uyulamamasına yol açıyor. Bu durumda, Kanada Psikologlar Derneği, karar vermeye yetkili kişilere yardım etmek için dört ana ilkenin farklılık gösteren ağırlıklarını belirlemenin faydalı olabileceğine karar vermiştir.
6. Bir diğer önemli özellik, yalnızca ilkelerin farklılıklarına dayanarak tartılmaları değildir. Aynı zamanda yönetmeliğin etik karar verme sürecinin belirgin 10 basamaklı kümesinden meydana gelmesidir. Bunlar 4.6 kutusunda listelenmiştir.
7. Dördüncü ana ilkenin belirttiği gibi Kanadalı psikologlar kendilerini, yalnızca bireysel danışanlarına yönelik etik davranışın ötesine geçen bir mesleki bilince sahip olarak görürler. Aynı zamanda en geniş toplumsal iyiliği hesaba katarlar.
8. Bu yönetmelik asgari standartlar ("zarar vermemek" "hayal kırıklığına uğratmamak") kadar daha idealist ve istek uyandıran standartlar, "kültür hakkında bilgi edinmek" veya "mesleki temelli bilgi kazanımına katkıda bulunmak" gibi, fikri de kapsar.
9. APA ve CPA etik yönetmelikleri bütünü kapsayan belgeler olarak kabul edilir. Bu da yazarların onları özel uygulama kurallarının gelişimi için (daha önce tanımlamış olduğumuz çocuk gözetim değerlendirmelerininki gibi) iyi bir temel olarak algıladıkları anlamına gelir. Ayrıca bu hazırlanan belgenin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve yeniden incelenmesini gerektirecek demektir.

Bu üç madde, yani şöyle, Kanada etik yönetmeliğinin benzeri olmayan özelliklerine dair bir anlayış, dört temel etik ilke (ve genellikle, her biri içerisinde listelenmiş ilkeler daha da detaylandırılmıştır) etik karar verme sürecinin 10 basamağı gibi, ikilemleri çözmede psikologlara yardımcı olacak ana araçlar olarak hizmet verirler. Böylece nihai kararlarını savunabilirler. Bu iddiayı örneklemek için şimdi ilk vakayı ele alalım (psikoloğun başlatmadığı veya başka bir durumda neden olduğu ama maalesef hâlâ çözmesi gerektiği) bir ikilem betimlenir ve takip eden 10 basamağın, karar verme sürecine nasıl yön gösterdiğini gösterir (Kutu 4.7). Biz açıkça bu alıştırmayı ikinci vaka için tekrar etmiyoruz, şimdi o ikinci vaka ile açıklanan ikilemi çözmek için öğrendiklerini uygulamak için öğrencilerin mükemmel bir fırsatı var.

KUTU 4.5

CPA'NIN SAYGIDEĞER DEĞER VE STANDARTLARIYLA ETİK YÖNETMELİĞİNİN DÖRT ETİK PRENSİBİ

I. Kişilerin itibarlarına Saygı	II. Sorumlu Hizmet Verme	III. İlişkilerde Sağlamlık	IV. Topluma Karşı Sorumluluk
1. *Genel saygı:* Başkalarına saygı duymak ve onları küçük düşürmekten kaçınmak	1. *Genel hizmet:* Sağlığı korumak, zararı önlemek, sorumluluğu kabullenmek	1. *Kesinlik/dürüstlük:* Sahtekarlık, güven belgesi, yeterlilik, araştırma bulguları	1. *Bilgiyi geliştirmek:* Bilgi temeline katkı sağlamak
2. *Genel kurallar:* İnsan haklarına saygı duymak	2. *Yetkinlik/Kendini bilmek:* Eğitim, kendini geliştirme, kendi önyargılarını bilme, kişisel bakım	2. *Nesnellik/önyargı eksikliği:* İçebakış, olayları saptırma	2. *Yararlı etkinlikler:* Eğitimi sürdürmeye katılma ve destekleme, gönüllü veya ücret karşılığı olmayan iş lehine çalışmalara katılma (ör. Akreditasyon)
3. *Ayrımcılık yapmamak:* Ayrımcı bir uygulama yapmamak, ayrımcılığı düzeltme arayışında olmak ve üzerinde düşünülebilecek araştırmalar geliştirmek	3. *Risk/Fayda analizi:* Kimin sarsıldığını bilmek, pilot çalışma, yararın zarardan daha büyük olduğu durumda ancak çalışma yürütmek	3. *Anlaşılırlık/açıklık:* Değerlendirme sonuçları, anlaşmalara saygı, rol belirginliği	3. *Topluma karşı saygı:* Kültürle ilgili bilgi toplama, kanunları bilme
4. *Bilgilendirilmiş onay:* Onay sürecinde bütün ve etkin bir katılım aramak, etkinliğin doğası ve önemsinin, gizlilik ilkesinin, risklerin ve faydaların anlaşıldığından emin olmak	4. *Yararı azami dereceye çıkarmak:* Hizmetleri koordine etmek, iyi not tutmak, kendi çalışmasını gözlemek, öğretmek ve araştırmak	4. *Hayal kırıklığını önleme:* Başka alternatif yoksa sadece kullanma, tam olarak bilgi almak, güveni yeniden oturtmak, veriyi çıkarma seçeneğini tanımak	4. *Toplumun gelişmesi:* Araştırma, yasal savunma ve veri toplama
5. *Onayla ilgili özgürlük:* Zorlama, baskı veya yasaya aykırı hizmet karşılığı altında onayın verilmediğinden emin olmak	5. *Zararı en aza indirgemek:* Farklılıklara dayalı güç, not tutma, hizmetlerin sonlandırılması	5. *Çıkar çatışmasını önlemek:* İkili ilişkiler	5. *Genişletilmiş sorumluluk:* Sorumluluklarını yerine getirmeleri için diğerlerini cesaretlendirmek
6. *Adaletli tedavi/doğru süreç:* Araştırma, ücretlendirme ve telafi için	6. *Zararı dengeleme/düzeltme:* Sonlandırma, fiziksel zarar, bilgi alma	6. *Disipline inanç:* Kural ve düzenlemeleri bilmek ve takip etmek, danışmayı araştırmak	
		7. *Genişletilmiş sorumluluk:* Diğerleriyle bütüncül ilişki kurmaya cesaretlendirmek, denetlenme sorumluluğunu yüklenmek.	

KUTU 4.6

ETİK KARAR VERME SÜRECİNİN 10 BASAMAĞI

1. Etkilenmiş olabilecek bütün kişileri (birey ve/veya grupları) belirlemek.
2. Var olan duruma hangi etik ilkelerin ve çıkış yollarının uygulanabileceğini belirginleştirmek.
3. Kişisel ön yargıların, çıkar çatışmalarının bulunup bulunmadığını, söz konusu durumda karar verme sürecini gereğinden çok etkileyebilecek kişisel endişe duyuup duyulmadığını saptamak.
4. "İyi" ya da "kötü" olarak hemen yargıya varmadan birçok olası eylem planı tasarlamak.
5. Her olası eylemin risklerini ve yararlarını tartmak, her birinin kısa süreli ve uzun süreli olası etkilerini hesaba katmak.
6. Var olan etik ilkelere dair özenli değerlendirmelerden, fayda zarar analizinden sonra göreceli olarak en iyi seçimi yapmak.
7. İlk seçim kararı üzerine harekete geçmek, eylemlerinin sorumluluğunu kabul etmek.
8. Eyleminin sonuçlarını görür görmez, eyleminin yapıcı olup olmadığını dikkatlice değerlendirmek.
9. Eylemin öngörülemeyen sonuçlarını düzeltmek ya da durumu çözmek için başka bir eyleme ihtiyaç duymak gibi ikincil bir rotanın gerekebileceği durumlardaki sorumlulukları kabul etmeye devam etmek.
10. Gelecekteki benzer sorunları öngörmeye karşı bir bakışla olayları gözden geçirmek.

Kanada Etik Kurallarından Uyarlanmıştır (1991), Ottawa, Ontario, Canada.

KUTU 4.7

ETİK KARAR VERME SÜRECİNİN BASAMAKLARINI KULLANMA

Basamak 1: Etkilenmiş kişi veya grupları belirlemek: Anahtar kişiler olarak ele alınanlar psikolog Dr. B (bu andan itibaren B), karı (K), koca (H) ve karısının aşığı (A)

Basamak 2: İlişkili Çıkış yollarını belirlemek: Yüzeyde, alınması gereken karar, terapiye devam edilip edilmeyeceğidir. Psikoloğun dikkate alması gereken ilkeler (soldan sağa, ana ilkelerin 1'den 4'e) hastaların kendi kararlarını verme hakkına sahip oldukları, psikologların hastanın bilgilendirilmiş onayı olmadan harekete geçemeyeceği ve hastalarının iyiliğini gözetme zarardan kaçınma ya da en aza indirgeme zorunlulukları olduğu, terapistin açık ve dürüst olmaya, hayal kırıklığını önlemeye ihtiyacı olduğu ilkeleridir. Bu durum topluma karşı sorumluluk şeklinde adlandırılmış 4. ana ilkenin açık bir şekilde tehdit altında olmadığı görülür. Bu özel durumda,

KUTU 4.7 (DEVAMI)

psikoloğun danışanları çift olduğunda ve bu çift iki farklı birey olduğunda ortaya çıkan problem büyük olur. Bu özel durumda, sorun büyük ölçüde bu çifti oluşturan iki kişinin bir danışan olması gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Eğer terapist kadının sırrının saklanır ası danışan saygı duyarsa, o zaman kocasını, terapi için kritik bir mesele hakkında bilgilendirmemiş olur ve ortak evlilik terapisi isteyen kocanın talebine başarılı bir yanıt verme konusunda dürüst olamaz.

Basamak 3: Kişisel ön yargıların ele alınması: Dr. B., deneyimli bir evlilik terapisti olarak, evlilik dışı ilişki, sadakatsizlik ve evlilik sorunlarını duymuştur ve bu senaryo onu şaşırtmaz. Yine de, Dr. B. evlilikte sadakat konusunda bu iki danışanından farklı özgül ahlaki bir duruşu olup olmadığını kendine sormaya ihtiyaç duyar. Kendi kişisel değerlerinin, kadın danışanın riskli bilgiyi açığa vurmama talebiyle çakışıp çakışmayacağını da kendine sormalıdır.

Basamak 4: Alternatif yol izleme: Dr. B. önünde izlenecek iki olası yol görür: (a) ilk yol, terapiyle devam etme teşebbüsü olabilir (b) ikinci yol kadın danışanın açığa vurduğu durumdan sonra terapiyi durdurmak olabilir çünkü Dr. B. bu çifte etkili bir tedavi sunamayacağına ikna olmuştur. İşlemeyecek bir süreç için onların parasını almak istemez.

Basamak 5: İzlenebilecek yolların risklerinin ve yararlarının analizi: Eğer psikolog terapiyle devam ederse aslında, evlilik terapisini yürütmek için her iki bireyin orijinal sorgulamasına yanıt verecektir. Kadın danışanın bir noktada ya evlilik dışı ilişkisini bitireceğini ya da kocasını bu durumdan haberdar edeceğini veya her ikisinin olabileceğine dair bir şans görebilir. Eğer durum böyle olsaydı, artık hiç sır kalmazdı ve her iki partner için de eşit bir üslupta terapi sürdürebilirdi. Ancak, terapist iki taraftan birinin kendisi hakkındaki bir önemli bilgiyi diğerinin bilmesine izin vermediği takdirde tedavi süreci bütün taraflar için son derece sıkıntılı olacaktır.

Ayrıca, bir yerde her nasılsa ağzından kaçırabileceğinden ve yanlışlıkla kocanın gözlerini açacak bir şeyi açığa vurabileceğinden korkmakta haklıdır. Dolayısıyla kadın danışanın talimatını ihlal edebilir ve terapiyle devam etme kararını verirken doğal olarak verdiği gizliliği koruma sözünü de tutmamış olur. Önündeki birkaç seansta kadın danışanı kocasına karşı dürüst olmaya ikna edebilme ihtimalini ölçmesi gerekir. Eğer bu durum gerçekleşmezse, tedavinin başarılı olmayacağına inanmakta haklıdır; çünkü kadın danışanın belirttiği evlilik terapisine katılma isteğine dair amacı ve çabası, aşığıyla ilişkisini sürdürdüğü için açıkça boşa çıkacaktır.

İkinci yol, kadın danışanın durumu açığa vurmasından sonra terapiyi bitirmektir; çünkü Dr. B. terapinin başarılı olacağını düşünmez ve kocanın saydamlığa hakkı olduğuna inanır. Hak ettiği hizmet kabul edilemez biçimde ihlal edilmiştir ve bu durum terapi dışında taklit yapmaya, alaya döner. Bu aşamada terapist terapiye devam etmeyi reddederse, kocası muhtemelen nedenini bilmek isteyecektir. Bu durumda terapistin inanılır bir nedeni gündeme getirmesi zor olacaktır. Karısı dürüst olmadığı için ikilemli tutumlarına dikkat etmemek aşırı derecede zor olacaktır.

Basamak 6: Eylem yolunu seçme: Kadın danışan, durumu terapiste açıkladığı zaman, terapistin onunla çalışmak ve kendini içinde bulduğu mecburiyetleri açıklamak için biraz zamanı vardır. Daha önce belirtildiği gibi, her iki eylem yolu terapist açısından sorunludur ve hangisinin üstün olduğu (en azından daha az zararlı olduğu) hemen kesinleşmez.

(devam ediyor)

KUTU 4.7 (DEVAMI)

Terapist için, kadın danışanı kocasıyla dürüst olmaya ikna etmeye çalışmak ve dolayısıyla evlilik terapisine yapıcı bir şekilde devam etme olasılığının aşamasını ayarlamak anlamlıdır. Farz edelim ki her ikisi de birbirine karşı benzer dürüstlük seviyesinde olurlar. Terapist, aynı zamanda, kadın danışan için evlilik dışı ilişkisini sürdürmenin zor olacağı hatta mümkün olmayacağını ve terapi ile durumun daha iyi olacağını varsaymanın güç olacağını belirtebilir. Bu tek başına durumu açığa çıkarmak ve dürüst olmaya cesaret bulmak için iyi bir neden olabilir. Bu noktada eğer kadın danışan durumu kocasıyla açık bir şekilde tartışmayı kabul ederse uzun vadede zararı en aza indirgeme çözümüne ulaşılmış olur. İzlenecek yolun bedeli, kadın danışan ve kocası için çok sancılı bir süreç olacaktır.

Bir diğer alternatif, kadın danışanla evlilik terapisine neden çift olarak katılamayacakları açıklamasını ele almak ve çalışmak, kadının kocasına devam etmeme amacını söylemesidir. Minimum seviyede, avantaj terapistin gizlilik ilkesini ihlal etmeye ihtiyaç duymamasıdır. Bununla birlikte, bu aynı zamanda terapistin kocayla dürüst olamayacağı ve kocanın terapisti evliliği ilerletmeye devam etme çabasına angaje etme isteğine terapistin yanıt veremeyeceği anlamına gelir.

Üçüncü bir olasılık, kadın danışanın kocasını yedekte tutma arzusuyla, kocasının evliliği ilerletme isteğini dengelemeye çalışmaktır. Bu en azından olası bir ilerlemeye gözünü kapayarak kısa bir terapi süresine karşılık gelir. Eğer bu durum birkaç seansla netleşirse kadın danışanın devam eden ilişkisinin sırrını saklamak psikolog için mümkün değildir, yine de başarılı olamayacağını bildiği için terapiyi sonlandırma zorunluluğu olabilir.

Basamak 7: Eylem: En umut verici eylem kadın danışanın, kocasına açık olması ve böyle davranmazsa terapinin "eşit seviyede" sürdürülemeyeceği konusunda baskı yapmaktır. Terapist için keskin olmak ve bunun en adil çözüm olduğunu beyan etmek gerekli olabilir.[1] Kapalı bir sırla terapiyi sürdürmek veya ani bir beyanla terapiyi sonlandırmak çok sorunlu olur ve koca için adil olmaz. Bu eylemlerden herhangi biri, kadın danışanın, kocasına ilişkisini açıklaması olan ilk öneriye göre daha alt seviyededir.

Basamak 8: İzlenen yolun sonuçlarını değerlendirmek: Eğer kadın danışan kocasına açıklamada bulunursa ve her ikisi de terapiye yeniden güven kazanma umuduyla devam ederse, terapist bu zor seçimin sonucuna tanıklık edebilecektir ve ilişkilerin yeniden kurmada yapıcı bir rol oynayabilecektir. Eğer terapi sona ererse, Dr. B.'nin bu kararın uzun vadedeki etkileri hakkında fikir edinmesi pek mümkün değildir.

Basamak 9: Eylemin sonuçlarının sorumluluklarını almak: Kadın danışanın sır saklama arzusu terapisti içinden çıkılmaz bir duruma sokar. Bu büyük olasılıkla terapisti öyle veya böyle zorlayacaktır. İzlenecek olası yollar üzerine düşünüp ve ilk olarak en zararsız ihtimale ulaşınca, terapist yapılması doğru olan şeyin yapıldığı konusunda kendini rahatlatabilmelidir.

Basamak 10: Gelecekte ortaya çıkabilecek durumların önlenmesi: Farz edelim ki sorun terapist tarafından başlatılmamıştır. Evlilik terapileri için bu durum yaygın olabilir, böylesi bir durumun gelecekte terapistin davranışındaki bir değişimle önlenebileceği garantili görünmez. Terapist tabi ki evlilik terapisi uygulamasını bırakmayı tercih edebilir ya da iki partnerden her biriyle bireysel görüşmeler yapmayı bir daha asla seçmeyebilir; yine de insanlar hizmetin nitelikli olmasına ihtiyaç duyarlar ve bu tarz kaçınılacak eylemlerden fayda sağlamayacaklardır.

[1] Editörün Notu: "Danışanların zararını önlemek, onlara zarar vermemek" ilkesini unutmadan, bu belirtilen ilkenin Türk Kültürü'nde nasıl uygulanabieceği konusunda özenle düşünülmedir.

SONUÇ

Etik davranış meselesi cezbedici, mesleğimizin toplumsal imajı için çok kritik aynı zamanda sıklıkla çok engelleyicidir. Doğru şeyi yapmak arzusuyla empati kurmak ve bunu anlamak kolaydır. Ancak söz etik meselesine geldiğinde çoğu zaman mükemmel çözüm yoktur. Sıklıkla bağlamlar değişir ve bunun hesaba katılması önemlidir. Aldığımız kararlar genellikle yapabileceğimizin en iyisini temsil etseler bile bu kararların çoğu mükemmel değildir. Devam eden bu belirsizliği kabul ederek kendimizi nasıl rahatlatabileceğimiz sorusu ortaya çıkar. Bir uçta, yasalar açıkça yapılmaması gerekenleri ve böylesi yasaları ihlal ettiğimizde cezanın ne olduğunu bize söyler. Uygulama kılavuzları, daha çok rutin uygulama kararlarıyla yardım etmeye yöneliktir. Bununla birlikte bu kuralları ihlal ettiğinizde size ne olacağından bahsetmezler. Kapsamlı etik ilkeler çok geneldirler ve her bireysel koşul ve duruma uygulanabilmelidir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

psikologları her zaman tamamen güvende hissetmeye cesaretlendiremeyiz. Bilgisayarınızdaki virüs tarama programının eski versiyonunu kullanırken, virüs programınızı geçen bir yılda hiç virüs bulaşmamış olsa bile kapatmazsınız. Tam tersine, virüs programınızı düzenli bir temelde güncellemek istersiniz tıpkı etik sorunlara duyarlılığı sürdürmek istediğiniz gibi. Lisans veren kuruluşların psikologlardan etik karar verme süreçleriyle ilgili bilgilerini sürekli güncellemelerini istemelerinden başka, tüm psikologları ve psikoloji öğrencilerini, etik ikilemlerden bahsedebilecekleri, engellenmeleri anlayabilecek ve karar vermek, ses vermek için bazen gerekli olan ikinci bir bilinç olarak eşlik edebilecek psikolog arkadaşlar ağı kurmaya ve geliştirmeye teşvik ediyoruz. Lisans veren kuruluşların şikâyet araştırma komitelerini tescil eden kişiler, öne sürülen şikâyetlerin doğasıyla ilgili süreğen geri bildirim verme eğilimindedirler. Bunlar ilginç okumalardır. Eğer klinik psikologlar bu bölümün içeriğini bilseler ve önerilen yönergeleri takip etmiş olsalar şikayetlerin çoğundan kaçınılabileceğini okumak rahatlatıcıdır.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Amaca yönelik istek (aspirational)
Davranış kuralları (Codes of conduct)
Etik ilkeler (Ethical principles)
Etik karar verme süreci (Process of ethical decision-making)
Etik kurallar (Codes of ethics)
Gizlilik ilkesi (Confidentiality)
Gizlilik ilkesinin sınırlandırmaları (Limitations on confidentiality)
Gözetim ve erişim değerlendirmeleri (Custody and access assessments)
Sınır ihlali (Boundary violation)
Temel etik ilkeler (Basic principles of ethics)
Toplumsal anlaşma (Social contract)
Uygulama kılavuzları (Practice guidelines)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. "Amaca yönelik istek" ilkesi uygulama kılavuzlarından nasıl farklılaşır?
2. Uygulama kılavuzları gerekli, fakat sınırları nelerdir?
3. Farklı ülkelerde etik kurallar ne kadar farklılardır veya değillerdir?
4. Kendilerine yönelik öne sürülen şikâyetlerden kendilerini korumak için klinik psikologların geliştirmeleri gereken özel alışkanlıklar ve uygulamalar neler olmalıdır?

KAYNAKÇA

American Psychological Association. (1953). *Ethical standards of psychologists.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47,* 1597–1611.

American Psychological Association. (1993). *Record keeping guidelines.* Washington, DC: Author.

Canadian Psychological Association. (August 1998). Special issue on the Canadian code of ethics. Pettifor, J. L. & C. Sinclair (Eds.), *Canadian Psychology, 39,* 1–245.

Eddy, W. A. (2006). *High conflict people in legal disputes.* Calgary: Janis Publications.

Hâll, J. E., & Hare-Mustin, R. T. (1983). Sanctions and the diversity of ethical complaints against psychologists. *American Psychologist, 38,* 714–729.

Housman, L. M., & Stake, J. E. (1999). The current state of sexual ethics training in clinical psychology: Issues of quantity, quality, and effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice, 30,* 302–331.

Johnston, J. R. (1992). High-conflict and violent parents in family court: Findings on children's adjustment, and proposed guidelines for the resolution of custody and visitation disputes. *Section III: Proposed guidelines for custody and visitation for cases with domestic violence.* Corta Madera, CA: Center for the Family in Transition.

Johnston, J. R. (1995). Research update: Children's adjustment in sole custody compared to joint custody families and principles for custody decision making. *Family and Conciliation Courts Review, 33,* 415–425.

Keith-Spiegel, P., & Koocher, G. P. (1985). *Ethics in psychology.* New York: Random House.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (1987). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers.* New York: Guilford Press.

Mills, D. H. (1984). Ethics education and adjudication within psychology. *American Psychologist, 39,* 669–675.

Mnookin, R. H. (1975). Child-custody adjudication: Judicial functions in the face of indeterminacy. *Law and Contemporary Problems, 39,* 226–293.

Pettifor, J. L., & Sinclair, C. (Eds.). (1992). *Companion manual to the Canadian Code of Ethics for Psychologists.* Ottawa: CPA.

Rubin, S. S., & Dror, O. (1996). Professional ethics of psychologists and physicians: Morality, confidentiality, and sexuality in Israel. *Ethics & Behavior, 6,* 213–238.

Weithorn, L. A. (1987). *Psychology and child custody determinations: Knowledge, roles, and expertise.* Lincoln: University of Nebraska Press.

ÖNEMLI İNTERNET SİTELERİ

http://www.kspope.com/consent/index.php

http://www.apa.org/ethics/code2002.html

Web-based course:

http://webclientsit.captus.com/cpa/courses.html

5. BÖLÜM

PİKOPATOLOJİNİN YAPISI*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölümde çoğu psikoloji metinlerinde olduğu gibi anormal davranışların tipleri ve türlerini tanımlamayacağız. Bunu yerine, klinik psikoloji için araştırma ve uygulamada öneme sahip psikolojik problemlerle ilgili çok önemli ve zor konulara değineceğiz. Bu konular anormal ya da uygunsuz olduğu düşünülen davranış süreçlerini yansıtır. Diğer bir deyişle klinik psikologların, belirli davranışların veya davranış serilerinin değerlendirme ve tedavi gerektirip gerektirmediğine ve araştırmanın merkezi olup olamaması gerektiğine nasıl karar verdiklerini ele alacağız. İkinci olarak, anormal davranışa sebep olan davranış türlerini içeren konuları (psikopatoloji olarak da bilinir) tartışacağız. Üçüncü olarak, insanların psikolojik problemlerini saptamada klinik psikologlara yardımcı olan günümüz sınıflandırma sistemlerini içeren konuları ele alacağız ve son zamanlarda rastladığımız rahatsızlık türlerine göz atacağız.

Klinik psikologların karşılaştığı psikopatoloji ile ilgili günlük konulardan oluşan vaka örnekleri ile başlayacağız. Öğrenciler bu konulardan bazılarının psikolojik problemlerin özel halinin sorgulanmasına, problemlerin değişik bağlamlarda tanımlanmasının önemine ve insanların yaşadıkları psikolojik problemlerin, en iyi nasıl karakterize edileceği ile ilgili olduğunu fark edeceklerdir. Bölümde bahsedilen başlıkların bazıları vakalardan sonra görülebilir.

VAKA 5.1

Uygun tedaviyi saptamak için, klinik psikolojisi son sınıf öğrencisi olan Vincent, insanların yaşadığı psikolojik problemleri anlamanın farklı yollarını tanımlama sürecini konu alan bir proje üstünde çalışmaktadır. Yaptığı araştırma ödevi: Kişinin psikolojik problemleri, belirtilerinin temelini oluşturan uzun zamandır süregiden sorunlarla mı; yoksa kişiler arası ilişki problemlerle mi ilgilidir ya da hastalığı ve tedavinin odağındaki belirtiler mi ilgilidir?

* Çeviren: Uzm. Klinik Psikolog: Murat ARTIRAN

Vincent bu alanda pek çok kaynak okudu ve bu değişik kaynaklardan önemli bilgiler edindi. Vincent bu ödevinde, altta yatan sebeplerin belirtilere neden olduğu, tedavinin bu altta yatan sebeplere yönelmek durumunda olduğu birinci modeli ve ikinci modeli yani görünen belirtilerin tedavinin merkezi olduğu konularını tartışmaktadır.

VAKA 5.2

Dr. A, 4 yaşındaki kızına kanser tanısı konulan bir babanın psikolojik durumunu ele alıyor. Dr. C babanın uyum bozukluğu, depresif bozukluk, kaygı bozukluğu ya da başka tür bir psikolojik zorluk yaşayıp yaşamadığını, belirtilerin ve hastalığın (hastalıkların) özelliklerinin kızı ve diğer aile üyelerini nasıl etkilediğini ve bu yıkıcı olaya verilen tepkilerle en iyi nasıl baş edilebileceğini belirlemeye çalışıyor. Psikolog özellikle babanın davranışlarının ya da tepkilerinin bu yıkıcı yaşam tecrübesi karşısında normal (ama çok sıkıntılı) olup olmadığını ya da tepkilerin ve davranışların teşhis edilebilir bir hastalığın belirtileri olup olmadığı konusuna yoğunlaşıyor. Diğer bir deyişle, hastanın yaşadığı sıkıntının anormal olup olmadığını belirlemek istiyor. Bu sorunun cevabını bilmek psikoloğun hasta için önereceği tedaviyi etkileyecektir. Örneğin, eğer tepkiler umulduğu gibiyse veya çok sıkıntılı bir olay karşısında gösterilen normal tepkilerse, bu durumda babanın kızına konulan tanıyı aşmasına yardımcı olabilecek destekleyici bir tedavi uygun olacaktır. Diğer yandan, tepkiler ve davranışlar kişinin daha önceden sahip olduğu psikolojik bir bozukluğun göstergesiyse o zaman daha derin bir tedavi daha uygun olacaktır buradaki amaç hem belirtileri azaltmak hem de babanın, yeni davranışlar edinmesin sağlayarak bozukluğunun nüksetme ihtimalini düşürmeye yardımcı olacaktır.

VAKA 5.3

Multidisipliner vaka konferansında, Psikolog Dr.B'ye daha önceden Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) teşhisi konmuş bir hastayla ilgili fikri soruldu. Dr. B, hastanın sergilediği psikopatolojinin belirtilerini, işaretlerini ve aynı zamanda bozukluğun altında yatan potansiyel sebepleri tanımlamaya karar verdi. Dr. B, kişinin sergilediği belirtileri (sık sık depresif yaklaşımlar, aşırı reddedilme korkusu, duygusal dengeyi korumakta zorlanma) ve Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, IV, Revize Edilmiş Baskısın'daki (*DSM-IV-TR*) tanımları ile örtüşen belirtileri ki, bu en sık kullanılan tanısal sisteme göre değerlendirmeye başladı. Dr. A hastadaki belirtilerin *DSM-IV-TR*'nin tanı kriterleriyle nasıl örtüştüğünü belirtmeye ek olarak SKB'ye

zemin hazırlayan farklı kişilikler olduğundan ve bunların tedavi seçenekleri, teşhis ve belirti tasvirleri üzerindeki önemli etkisinden bahsetti. Dr. A kişiliği oluşturan bir kümenin kendini-tanımlamaya ve özerkliğe nasıl odaklandığını, öte yandan diğer kümelenmenin kişiler arası benzerliklere ve diğerleri ile ilişkilere nasıl odaklandığını belirtti. Bunlar hastanın yaşadığı zorlukların doğasını anlamak, en iyi tedavi seçeneğini belirlemek ve diğer klinikçileri tedavi, sonuçlar ve nihayetinde de SKB'de potansiyel ve her zaman karşılaşılan faktörler gibi potansiyel olarak zor konular hakkında bilgilendirmek amacı ile bir tartışma noktası sağlamak için sunuldu.

Vaka 5.4

Psikolog Dr. C'nin psikolojik zorlukların altında yatan sebepleri anlamaya, öğrenmeye karşı özel bir ilgisi vardır. Yazında depresyon ve acının doğasının birçok tanımı olmasına karşın, Dr. C uygulamasında kronik ağrının (uzmanlık alanıdır) sıklıkla depresyonla alakalı olduğunu fark etti. Ancak, depresyonun ekstra bir ağrıya neden olup olmadığı ya da ağrının daha çok hissedilmesine etki edip etmediği veya depresyonun acıdan kaynaklanıp kaynaklanmadığı belirsizdir. Bu yüzden depresyonun olabileceğini önceden öngörebilecek psikolojik değişkenleri konu alan bir araştırmayı dizayn etmektedir.

Birçok farklı bakış açısına göre depresyona karşı hassasiyet, sert öz eleştiri olarak ortaya çıkan bozuk tavırlar ve düşünceler, kişinin kişiler arası ilişkilerindeki diğer insanları, çocukluğunda geliştirdiği erken bağlılık stilleriyle alakalandırmaları ve çocuklukta önemli bir ilişkiyi yitirme gibi bir olayı deneyimlemeleri sonucunda oluşur. Bu faktörlerden her biri yatkınlığı olan kişide depresyona neden olabilir ve Dr. B bu deneyimlerin depresyonla ilgisi olup olmadığını ve hangilerinin en önemli olabileceğini görgül olarak kurgulamak istiyor. Bu konuları ele alan birçok çalışmayla birlikte büyük bir öneri tasarlamakla uğraşmaktadır.

KLİNİK PSİKOLOGLARIN ODAKLANDIĞI PSİKOLOJİK PROBLEMLER

Bir kişi, çift ya da bir aile, bir klinik psikoloğun tedavisi altına girdiğinde, klinik psikolog hangi davranışın normal olduğunu (ve "normalin" tanımı bozulmamalı veya değiştirilmemelidir) ya da hangi davranışın anormal ya da uygunsuz olduğunu nasıl belirler? Bu sorunun cevabı oldukça karmaşıktır ve cevap verilmesi kolay değildir. Soru, kabaca iki şekilde açılabilir. İlki kişinin davranışının anormal ya da uygunsuz olarak tanımlanma süreci ile uğraşır. İkincisi, klinik psikologların davranışların normal ya da bozuk olup olmadığını belirlemeye çalışırlarken dikkat ettikleri süreç ile uğraşır.

PSİKOLOJİK PROBLEMLERİ TANIMLAMA

Anormalliği tanımlarken, araştırmalarda ve klinik çalışmalarda kullanılan en az üç temel yaklaşım vardır. Her bir yaklaşımın güçlü yanları ve sınırlılıkları vardır ve bu yaklaşımlar eş zamanlı olarak ya da klinik psikologlar ile iş birliği içerisinde bazı durumlarda kullanılabilirler.

İstatistiksel ya da Normatif Yaklaşım

Bu yaklaşımda anormalliği tanımlarken; kişinin davranışının genellikle bir grubun ya da toplumun standartlarına, beklentilerine veya normlarına, uyup uymadığına bakılır. Farklı kültürler ve toplumlar farklı standartlara ya da beklentilere sahip olabilmelerine karşın, tüm kültürler ve toplumlar uygun davranış standartlarına sahiptir (Gorenstein, 1992). Eğer kişinin davranışı normların dışındaysa, bu kişinin davranışı anormal, problemli ve sağaltılmasının gerekli olduğu düşünülür. Böylece garip, nadir görülen ya da diğer insanlar tarafından sıkça sergilenmeyen davranışlar anormal olarak görülür. Örneğin bir telefon direği ile neşeli ve duygu dolu bir şekilde konuşan kişinin görüntüsü büyük olasılıkla anormal bir davranış olarak değerlendirilir çünkü insanların çoğunluğu telefon direkleriyle diyalog kurmazlar.

Bu istatistiksel yaklaşım psikolojik problemleri olan ve tedaviden faydalanabilecek birçok kişiyi tanımlamasına ve kapsamına almasına karşın, birçok zorlukları ve eksikleri bulunmaktadır. Örneğin, normlara uyan davranışlar açısından bakıldığında pek çok kültürel farklılıklar vardır. Bir kültürde normal olarak görülen diğer bir kültürde anormal görülebilir. Aynı şekilde, normların dışında kalan birçok kişi de vardır (Mozart, Rembrandt, Einstein'ın her biri standartların dışında kalan yaratıcılığa sahip kişilerin örnekleridirler) ancak onlar problemli ya da değişmesi gereken insanlar olarak görülmemişlerdir. Aslında, tipik bir şekilde bu tarz insanların normatif standartların dışına çıkmalarından hoşlanıyoruz.

Öznel Yorum (Psikolojik Ağrı)

Bu yaklaşımda, kişiler kendileri davranışlarının anormal, uygunsuz ya da değişime ihtiyaçları olması ile ilgili yargılara varırlar. Böylece, belli bir topluluğun ya da kültürün normlarını veya standartlarını kullanmadan, kişi kendi davranışının anormalliği ya da uyumuna dair bir yargılamasını kendi kendine yapabilir. Kişi, teknik olarak rahatsızlık olarak görülmeyen ama yine de sıkıntılı bir davranışı sergileyen biri olarak kendini tanımlayabilir. Örneğin, bir karı-koca istatistiksel olarak kültür içindeki diğer çiftlerden çok farklı olmasa da tartışmalarında bir artış olduğunu fark ederler ve bu tartışmaların sayısını azaltmak isteyebilirler. Yani çift (ya da kişi) kendi davranışlarını anormal olarak ve çözümlenmesi gereken davranışlar olarak tanımlayabilir. Bu tür bir anormallik tanımlaması hastaların büyük çoğunluğunu terapistin ofisine getirir.

Bozuk İşlevlerin Değerlendirilmesi

Bu yaklaşımda, tipik olarak uzmanlar, kişinin davranışının anormal ya da bozuk olup olmadığına karar verir. Genellikle klinik psikologlar normalde, kişinin davranışının bireyin çalışıp çalışamamasını engelleyip engellemediğine ve/veya insan ilişkilerini geliştirip ve yönetip yönetmemesi temelinde yargılama yaparlar (APA, 2000).

Bu yaklaşım, istatistiksel normlara ya da bireylere göre değişkenlik gösteren kendini rahatsız hissetme düzeylerine göre, anormallik ve uyum bozuklarına karar vermez. Daha çok, kişinin davranışının uyumsuz olup olmadığı konusundaki yargılama iki alandaki davranışlarına bakılarak yapılır: çalışma hayatı ve insanlarla ilişkiler. Örneğin, bir klinikçi, bir hastanın tükettiği alkol miktarı ve sıklığı istatistiksel normlar içinde olsa da, onun alkol problemi olduğu kanısına varabilir. Bahsi geçen şahıs kendi alkol tüketimini problemli ya da sıkıntılı olarak düşünmeyebilir, ancak işini veya önemli uzun dönemli ilişkilerini sürdüremediği için bu kişinin psikolojik problemleri olduğu varsayılır. Hastalar uzmanlarla aynı görüşte olmayabilirler ve yardım istemeyebilirler; alternatif olarak bir eleştiri sonucu veya kendisini boşamakla tehdit eden bir eş tarafından tedavi almaya zorlandıklarında, motivasyonlarını kaybetmeleri olasıdır ve onlarla çalışılması çok zordur.

PSİKOLOJİK PROBLEMLERİN TANIMLANMASINDAKİ KONULAR

Bu yaklaşımlar anormal davranışların hangi şekillerde sergilendiğini göstermesine karşın, zeki okuyucu anormal olarak tanımlanan davranışın önceki bir psikolojik bozukluğun temsili olabileceğini ya da olamayabileceğini fark edebilir. Aslında, klinik psikologlarının dikkatini çeken birçok problemin, tanılar yerine yaşamdaki problemler olarak etiketlenmesi daha iyidir (Szasz, 1961). Örneğin, genellikle klinik psikologlarının sadece geleneksel psikolojik bozuklukları araştırıp, değerlendirip tedavi ettikleri zannedilir. Klinik psikologların araştırdığı, değerlendirdiği ve tedavi ettiği problemlerin büyük bir kısmı bazı hastalıkların teşhis kriterleriyle uyuşsa da (örneğin: kullanımdaki günümüz teşhis kılavuzlarının birinde listelenen bozukluklar), klinik psikologlarının ele aldığı birçok problem geleneksel teşhis kriterlerine uyması zorunda değildir. Örneğin insanların kontrol edilme veya tedavisini aradığı (ve klinik psikologların araştırma yürüttüğü) konulardan bazıları aşağıdaki gibidir:

İlişki problemleri (örneğin; yakın ilişki kurmada zorlanma, ilişki kopmaları, problemli iş ilişkileri, aile problemleri)

Kişisel zorluklar (örneğin; özgüven problemleri, kimlik bunalımı problemleri, hayattan genel olarak zevk alamama)

Başarı problemleri (örneğin; İşte tatminsizlik ve istikrar problemleri, test kaygısı, iş ve hayatta değişimler)

Fiziksel problemler (örneğin; kilo kontrolü, kan basıncında düşüş, uyku problemleri)

Normal görünen ancak sıkıntılı olan problemler (örneğin; ölümden ya da boşanmadan kaynaklanan acı kayıplar)

Bu problemler önemli ölçüde stres yaratabilir ve kişilerde, çiftlerde ya da bu konulardan muzdarip olan ailelerde parçalanmalara neden olabilir. Üstelik psikolojik bozuklukları olan kişileri tedavi ederken genellikle yaşamdaki problemler birçok geleneksel hastalığa eşlik edebilir ve tedavinin odak noktası olabilir (Bergin ve Lambert, 1978).

KUTU 5.1

NORMAL DAVRANIŞ NEDİR?

klinik psikologlar bu konuyla uğraşırlar çünkü sıklıkla bir kişinin davranışının normal olup olmadığı veya tedaviye ihtiyaçları olup olmadığı; ayrıca kişinin davranışının anormalliği ve ne zaman normale döneceğini konularında karar vermek durumunda kalırlar,. Anormal davranış üzerinde yoğun çalışmalar ve teoriler olmasına karşın, normal ya da sağlıklı kişilik durumlarına daha az ilgi gösterilir. Sağlıklı kişiliği tanımlamakla ilgili ilk çalışamaların içinde, değerlerin ifadesi yoluyla normal kişilik kavramını temellendiren Sydney Jourard'ın (1958) çalışması da vardır. Jourard sağlıklı bir kişiliğin hem toplumun normlarına; hem de kişinin vicdanına cevap verebilecek yeterlilikte olduğunu ifade eder. Son zamanlarda, psikolojik açıdan iyi olmak bağlamında normalliği tanımlama çabaları olmuştur. Örneğin, Carol Ryff (1989) psikolojik ilişkilerin varlığını, özerkliği, kişisel gelişimi, kendini kabullenmeyi, hayat amacını ve kişinin çevresi konusunda ustalaşmasını içine alan psikolojik açıdan iyi olmanın altı boyutunu tanımlamıştır. Psikodinamik Tanı Kılavuzu (daha sonra bahsedilecektir) normal davranışı tanımlamaya kalkışan tek geleneksel teşhis kılavuzudur. Sağlıklı kişilik yapısının yedi karakterini ya da kapasitesini ayrıntılarıyla açıklar ve bireyin anormal davranışlarla ilgili yetersizliklerin ya da anormal davranışlarla ilgili sıkıntıların olduğu durumları belirtir. Bu kapasiteler şunlardır: (1) hem kendini hem de diğerlerini kompleks, sabit ve hatasız durumlarda görme, (2) yakın ve tatmin edici ilişkiler sürdürme, (3) bütün duygu çeşitlerini yaşayabilme, (4) duyguları ve dürtüleri uygun ve esneklikle ayarlayabilme, (5) ahlaki değerlere uygun biçimlerde işlevsel olma, (6) realistik olmanın geleneksel kavramlarını takdir etme, (7) strese karşı beceriyle cevap verebilme. Bu kapasitelerin her biri kişinin davranışının anormal olup olmadığını anlamak için karşılaştırma yaparken ölçütler sunabilir.

Anormal davranışın tıpkı bir virüs gibi yabancı ve istilacı ve yok edilmesi gereken bir patojene benzeyen bir şey olarak görülme fikri cazip gelebilir. Ancak, anormal davranış, kişinin tüm davranışlarının bir parçası olarak, genel çevresi, insan ilişkileri ve kişiliğiyle yakından bağlantılıdır. Bir zamanlar anormal ya da patolojik olduğu düşünülen davranış başka bir zaman diliminde oldukça uygun olmuş olabilir. Örneğin, eğer bir kadın, kendini diğerlerinden farklı biri olarak sunamadığından, tatmin edici iş bulmasını ve yakın ilişkiler kurmasını engelleyen ciddi bir sosyal anksiyeteye sahipse herkes onun ciddi bir psikolojik rahatsızlığı ya da problemi olduğunu düşünecektir. Ama örneğin eğer bu kadın kendinden büyük kardeşleri, ebeveynleri tarafından şiddete maruz kaldığı kötü bir ailede yetişmişse, bu davranış tamamıyla duruma uygun bir tepki olabilirdi. Bu kadın, genç bir kız olarak, farklı biri olarak durmanın veya diğerleri tarafında farklı olarak görülmenin tehlikeli bir şey olduğuna şartlanmışsa farklı biri olamamak adına yapması gerekenlerin hepsini yapmayı çok iyi bilirdi. Diğer bir

deyişle, dikkati üzerine çekmemek ve fark edilmemek ve kız kardeşinin yaşadığı kötü deneyimin benzerinden kaçınmak için kendi kabuğuna çekilir. Yani, fark edilmemeyi istemek ve farklı olmamak durumu bir noktada ve bağlamda oldukça uygunsuzken, diğer bir noktada gerçekten uygun olabilir. Üstelik bazı depresyon formlarındaki gibi patolojik durumlar negatif ve uygun olmayan durumlar olarak değil ancak onlar ulaşılamamış ya da amaç bakımından kişiyle örtüşmeyen hedeflerle bağını kesmek olarak tanımlanmıştır (örneğin; Klinger, 1975). Benzer bir şekilde, acı kayıpların yaşandığı süreçler zaman zaman hem gerekli hem de psikopatoloji olarak tanımlanan büyük depresyonların belirtilerinden farksız olarak görülür. Bu gösteriyor ki patolojik olarak tanımlanan bazı davranışların ya da davranış bütünlerinin varlığının her zaman patolojik olması zorunlu değildir. Bu yüzden anormal davranışı tanımlarken kişinin bağlamını göz önüne almak oldukça önemlidir.

Son olarak, anormal davranışın tanımlamasını yaparken, anormallik yargılarının öznel olabileceği ve toplum ve kültürü yansıtabileceği unutulmamalıdır (homoseksüelliğin bir rahatsızlık gibi görüldüğü Kutu 5.2'ye bakınız). Dahası anormal olarak tanımlanan ve tedavinin gerekli olduğu düşünülen şey genellikle kültürel bağlamlara, yaygın normlara, standartlara ve daha başka şeylere bağlıdır.

PSİKOLOJİK PROBLEMLERİN TANIMINDA BAZI ÖNEMLİ KAVRAMLAR

Anormal davranışın odak noktasını ve özel süreçlerini tartışmadan önce, klinik psikolog için bilgilendirici olan kişinin davranış özelliklerini yani işaret, belirti ve sendromları tanımlamamız, tartışmamız gerekir. Ayrıca, zihinsel rahatsızlık kavramını da tartışacağız.

İşaret

Bir işaret, hasta tarafından fark edilmemiş olabilen, ancak klinik psikoloğun gözlemlediği bir anormallik ya da problem olarak görülebilir. "Patolojik durumun nesnel bir belirtisi" olarak düşünülür (APA, 2000, p. 827). Örneğin, yeni kelimelerin (dilde var olmayan kelimeler) kullanımı şizofreninin bir işareti olarak görülebilir.

Belirti

Bir belirti hasta tarafından algılanan anormallik ya da şikâyet olarak düşünülür, ama yine de bu terim belirli bir hastalığı yansıtan hastanın deneyimi ya da davranışının herhangi bir belirtisini ifade etmek için kullanılır. Yani belirtiler "patolojik durumun öznel belirtileri" olarak düşünülebilir (APA, 2000, s. 828). Eğer hem hasta hem de klinik psikolog bu özellikleri gözlemlerse, bir hastanın bazı kişilik özellikleri hem bir işaret hem de bir belirti olarak kabul edilebilir. Örneğin kelimeleri kullanma becerisi noksanlığı, yeni ortaya çıkmış konuşma zorlukları hem bir işaret hem bir belirti olabilir. Bazı belirli düşünceler, acı ya da duygular gibi karakteristik özellikler yalnızca semptomlar olarak değerlendirilebilir ki bunlar klinik psikolog tarafında doğrudan gözlenemeyebilir.

Sendrom

Bir sendrom, özel bir sağlığa ilişkin durumu yansıtan işaretler ve/veya belirtiler dizisini temsil eder. İşaretler ve/veya belirtiler birlikte ortaya çıkarsa; bu durumun genellikle altta yatan patolojik sebebi yansıttığı düşünülür.

Zihinsel Bozukluklar

Zihinsel bozukluğun tanımı aldatıcıdır. "İşaret", "belirti" ve "sendrom" tanımları üzerinde bir fikir birliği olmasına karşın, zihinsel bozukluğun tanımı üzerine herkesin belirgin bir tanımı yoktur. Aslında, psikolojik ya da zihinsel rahatsızlık kavramı zihinsel rahatsızlığı tanımlama amacına, teorik yönelimine ve topluma bağlı olarak çeşitli tanımlara sahiptir (WHO, 2005). Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılma Kategorilerine (WHO 2005) göre bir bozukluğun, normalde, terim olarak, kliniksel olarak varlığı fark edilen çoğunlukla insanın işlevlerinde rahatsızlık ve engelleme yapan işaretler, belirtiler veya davranışları kapsadığı kabul edilir. Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, IV, Revize Edilmiş Baskısı (DSM-IV-TR) yazarları da benzer şekilde, Zihinsel Bozukluk kavramının "sınırlarının hiç bir ifade ile tam olarak açıklanmadığını belirtmiştir (APA, 2000)", buna karşın bir bozukluğun kişideki davranışsal, psikolojik ve biyolojik bir fonksiyon bozukluğuna sebep olduğunu belirtmişlerdir. Bu yüzden psikolojik bozuklukları, kişide ya da diğerlerinde rahatsızlığa neden olan ve kişinin sağlıklı ve uyumlu bir tarzda davranmasını engelleyen işaretler, belirtiler ve davranışların bir alaşımı olarak düşünebiliriz.

Teşhis sürecini, altta yatan gerçeklerin keşfedilmesi işlemi olarak düşünmek ilgi çekici olabilir (örneğin; farklı bir hastalığın varlığı). Bu tip bir keşfediş karın ağrısının enfeksiyonlu bir apandistin işareti olarak belirlenmesinde veya kan testinde AIDS virüsü çıkmasında geçerli olabilir. Ancak, bu modeli psikolojik problemlere uyarlayamayız, biz çoğunlukla karmaşık durumlarla, örneğin bir genetik bağlamdan, erken yaşta koşullanma ve hâlihazırda varolan, ortaya çıkan durumlarla uğraşırız.

PSİKOLOJİK PROBLEMLER: SÜREÇLERDEN HANGİSİ ETKİLENİR?

İnsanlar psikopatolojiyi (bu az, orta ya da ağır seviyede olabilir ve yavaşça ya da hızla güçten düşüren) deneyimlediklerinde, klinik psikologlar hangi davranışlara ve süreçlere önem verirler? Psikopatoloji insanların faaliyetlerinin çeşitli süreçlerini etkileyen zorluklar ya da problemler olarak düşünülebilir. Birçok durumda davranışların bileşimi hastanın kişiliğindeki problemleri yansıtırken, diğerlerinde problemler hastanın kişiliğinin dışında ve farklı olarak görülebilir. Örneğin, kişi hemen her ilişkisinde uzun süreli ve açık bir şekilde görülen kızgınlık ve düşmanlık problemlerine sahip olabilir. Bir başka kişi, yılanlarla karşı karşıya kalmak gibi (gerçekte olmayan) soyut bir düşünce ile kendisini güçten düşüren bir kaygı geliştirebilir. İlkinde, zorluklar hastanın kişiliğinin bir parçası ve özyapısı olarak görülebilirken, ikincisi hastanın kişiliğinden ayrı ve duruma özgü olarak görülebilir. Bütün klinik psikologlar, kişiliklere büyük önem vermeseler de

çoğu için kişilik değişkenleri değerlendirme, tedavi ve araştırmalarının anahtar özellikleridir. Örneğin, çeşitli kişilik özellikleri (örneğin; bağımlılık ya da işkoliklik) aşırı olduğunda patolojik olduğu düşünülür ve psikopatolojiyle ilgili olduğu düşünülen sayısız kişilik süreçleri vardır (örneğin; kişilik özelliklerinin insanlar arasında ifadesi; Hewitt al., 2003).

Bahsedeceğimiz bazı süreçler ve özellikler doğrudan gözlemlenebilirken; diğerleri sadece çıkarım yoluyla anlaşılabilir. Benzer bir şekilde, bazıları psikopatolojinin sebepleri ya da belirtileri olarak tanımlanabilir. Ana süreçler ve karakteristik özelliklerden bazılarının açıklaması aşağıdadır. Kuramsal bakış açısına bağlı olarak, bu süreçler problemin(lerin) tanımlayıcıları, devam eden unsurları, ya da sebepleri olarak kabul edilebilir.

Duygular ve Duygusal Kontrol

Duygu veya etki psikopatolojide etkilenen temel alanlardan biridir ve birçok araştırma ve klinik çalışmanın odak noktasıdır. Aslında, depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları gibi, ilk belirtileri duygusal rahatsızlık olan en az iki dizi rahatsızlık vardır ve diğer bozuklukların ve psikolojik problemlerin çoğunluğuna olumsuz duygusallıklar eşlik eder (Clark ve Watson, 1991). Aşırı durumlarda her duygu patolojik olarak görülebilse de genellikle kaygıyı, depresyonu ve öfkeyi psikolojik bozuklukların en yaygın duygu yansımaları olarak görürüz. Yaşanılanı ve olumsuz duyguların ifadesini kontrol etme yeteneği, duygusal kontrol olarak bilinir, psikolojik problemlere önemli katkı sağlayan bir faktör olarak görülür. Son olarak hem az gösterilen duygu ifadesi, körleşmiş veya tepkisizlik olarak da bilinir, hem de empati, vicdan ya da suçluluk gibi bazı duyguların olmaması bazı psikolojik problemlerin göstergesidir.

Düşünceler/Bilişler, Entelektüel İşlevsellik ve Bilgi İşleme

Klinik psikologların yakın ilgi gösterdiği bir diğer önemli alan, entelektüel işlemlerin yanı sıra düşünce ve düşünce süreçlerini de konu alır. Hangi seviyede (az, orta, ağır) olursa olsun zihinsel bozukluklar, psikolojik problemler ve üzüntünün çeşitli formlarıyla, kişiler riskli bilişsel özelliklere sahiptir. Örneğin, şizofreniyi yansıtan bozukluklar gibi ciddi psikopatolojileri olan kişiler, insanların çoğunun paylaşmadığı tuhaf ve alışılmadık inançlara (örneğin; hayal) ve oldukça tuhaf şekilde düşünme yollarına sahiptirler. Benzer şekilde, birçok hastalık içeresinde bireyler, dünyanın, kendilerinin ve geleceğin sadece olumsuz yönlerine (örneğin; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979) ya da potansiyel tehdit kaynaklarına kafaya taktıklarından ya da yalnız onlara odaklandıklarından bilgi işlemede çok ciddi zorluklar yaşarlar. Ayrıca, birçok hastalıkta görülen olayları tekrar tekrar düşünme (ruminasyon), birçok hastalıkta görüldüğü gibi, düşünceleri kontrol edememeye neden olur ve aşırı durumlarda hastaların kötüleşmesine sebep olur (örneğin; obsesif-kompulsif bozukluklar). Son olarak, bilişsel süreç ve entelektüel işleyiş problemleri diğer bozuklukların yanı sıra beyin hasarlarını da içeren çoğu nöropsikolojik vakalarda görülür.

Algılar

Algısal süreçler algısal yaşantıların artmasını sağlayan bilişsel süreçleri içinde barındırır. Yeniden söylemek gerekirse, ağır psikopatoloji konularında, halüsinasyonlar gibi, algı güçlükleri (örneğin; sesler duyma, hayal görme), şizofreni gibi psikopatolojilerin önemli bulgularıdır. Daha az şiddetli durumlarda, kişilerin yanlış algılara dayanarak diğerlerine cevap verdiği çok çeşitli algıları vardır ya da dünyayı aşırı derecede düşmanca, tehlikeli ya da depresif olarak algılarlar. Örneğin, sosyal kaygısı olan kişiler diğerlerini sürekli eleştirel ve yargılayıcı olarak değerlendirip tepki verecektir (Taylor ve Alden, 2008).

Kişiler Arası Süreçler

Klinik psikologların odaklandığı bir başka önemli alan kişiler arası süreçlerle ilgilidir. Klinik psikologları kişinin kapasitesi, geçmişi ve başkalarıyla olan ilişkilerinin biçimsel yönleri gibi konulara büyük önem verirler. Bu sadece yakın ilişkileri değil, aynı zamanda arkadaşlıkları, sosyal destek ağlarını ve aile ve iş arkadaşları ile ilgili ilişkileri de içerir. Ayrıca kişilerin geliştirdiği (St. Clair, 2004) ilişki şemaları ya da diğerlerinin kafasının içindeki temsilleri (örneğin; obje ilişkileri) ve kişinin kendisiyle ilişkisi de odak noktası olur (Sullivan, 1953). Bununla biz şunu anlatmak istiyoruz: Kendine güven ve kendisi ile-ilgi ki bunlar, abartılı bir şekilde aşağılayıcı ya da abartılı bir şekilde narsistik veya çok fazla tepkisel bir biçimde kişinin kendi benliğine bakışı ile alakalı olmak üzere sayısız psikopatoloji konuları vardır.

Düzenleyici ya da Üstesinden Gelici Davranış

Herkes, çeşitli arzular, stres yaratan durumlar ve adaptasyon ve çaba gerektiren kaygılar deneyimleyebilir. Klinik psikologların odaklandığı önemli bir alan da kişinin sadece hayatın kendisinden beklentilerinin üstesinden gelip gelemeyeceği değil, ancak kişinin buna kalkışıp kalkışmadığı ve bunda etkili olup olmadığıdır. Örneğin, baş etmenin uygun ve uygun olmayan yolları vardır (Lazarus ve Folkman, 1984). Kişi iç ve dış dünyası ile baş ederken kişiye yardım eden ve kişiyi engelleyen hem gelişilmiş hem de gelişimini tamamlamamış savunmalar vardır. Genellikle yanlış baş etme yöntemlerinin psikolojik ve fiziksel problemleri arttırdığına inanılır (Anna Freud,1937). Dahası, birçok teorist, esnek olmayan baş etme yönteminin ya da savunmanın (örneğin; duruma uygun olmadan sadece bir ya da iki strateji kullanmak) psikopatoloji üzerinde tartışmasız bir şekilde etkili olduğunu söyler (Sullivan,1953).

Gelişim

Gelişim konuları, anormalliği saptamada oldukça önemlidir ama bu konulara çoğunlukla çocuklarda ve gençlerde odaklanılır. Bunu göz önüne alırsak, kişinin gelişimsel dönüm noktalarıyla yüzleşip yüzleşmediğine ve normal gelişim beklentilerini karşılayıp karşılamadığına, normal bilişsel gelişmesi ya da yetişkin olarak normal sosyal gelişimini tamamlayıp tamamlamadığına önem verirler. Çocuk klinik psikolojisinin alanlarından biri **tanımlayıcı psikopatoloji** olarak bilinir ve psikopatolojiyi gelişimsel bakış açısından inceler (Bakınız Bölüm 15). Diğer bir deyişle, belirli bir yaşta çocuk için normal olan bir şey

bir diğer yaşta psikolojik bir problemin habercisi olabilir. Dahası, klinik psikologların çoğunluğu kişinin geçmiş yaşantısının parçalarını anlamaya çalışır; bunun amacı önceki işlevsel durumunu anlamak, problemin ya da konunun başlangıcını bulmak, öğrenme geçmişini tanımlamak, ilk ilişkilerini keşfetmek, kimliğini oluştururken yaşadığı zorlukları tanımlamaktır. Son olarak, kişilerin hayatları boyunca yaşadıkları, çeşitli varoluşsal konular (örneğin; birinin ölümünü kabullenme, sevilenlerin kaybı, kişinin hayatındaki anlam) da odak noktası olabilirler. Yani gelişimsel süreçler çoğunlukla klinik psikologların çalışmalarındaki önemli parçalardır.

Çevre

Bütün klinik psikologların birlikte çalıştıkları insanların çevresel sorunlarına önem vereceğini söylemekte sakınca yoktur. "Psikolojik Problemlerin Tanımlamasındaki Konular" başlığı altında tartışıldığı gibi, anormalliği tanımlama açısından klinik psikolog, psikolojik problemleri etkileyebilecek çevresel kavram ve sorunları hesaba katmalıdır. Dahası, çevre psikolojik sorunlara neden olma ve sorunların devam etmesi konusunda kilit rol oynayabilir ve bireye, çifte veya aileye yardımcı olurken çevre değiştirmek tedavinin odak noktası olabilmektedir. 12. Bölümde, davranışı sürdürme veya azaltmada çevrenin önemi göze çarpmaktadır.

Anormallikle ilgilenen klinik psikologlarının odak noktaları kapsamlı olmamasına karşın, sunulan önemli bazı alanlar üzerinde tartışmalar yapılmıştır. Özel bir alana yönelen psikologlar, hem yürüttükleri araştırma hem de yaptıkları klinik çalışma açısından başkalarının yaşadığı özgül ve problemli davranışlara yoğunlaşmaktadırlar. Ayrıca, her türden bedensel hastalığı deneyimleyen bireylerde olan bu alanların safhaları vardır (ayrıca bk. 17. Bölüm). Bunun, henüz önemli bir bedensel sağlık problemi yaşamış olan birinde depresyon veya kaygı (örneğin; osteoartrit veya kalp rahatsızlığı) ya da varoluşsal bir süreç ve ciddi veya ölümcül bir hastalık teşhisi yapılan birindeki ani duygusal ve bilişsel değişiklik olması durumunda, bu davranışların araştırma, değerlendirme ve tedavi konularında önemli odak noktaları olabileceğini anlamakta fayda vardır.

PSİKOLOJİK PROBLEMLERİN KAVRAMLAŞTIRILMASI

Tarihsel açıdan, psikopatolojinin tanım ve kavramları zamanla değişim göstermiştir. Bilgi birikimi arttıkça, teorik bakış açıları yeni bilgiye uyum göstermiştir, yeni bakış açıları oluşmuş veya bazı durumlarda yeniden belirginlik kazanmıştır. Toplumun değerleri değiştikçe, aynı şekilde psikopatoloji tanımları da değişim göstermiştir. Doğa olayları gibi, psikolojik sorunların sebep ve tedavileri de yüzyıllar boyunca doğa üstü (demonolojik) modellerle ve daha "bilimsel" veya doğal bakış açıları arasında değişim göstermiştir (Ellenberger, 1970). Klinik psikolojide kullanılan psikopatolojinin bugünkü kavramları mutlaka tek tip veya sabit değildir, öğeleri de genellikle kararlaştırılmamıştır. Günümüzde ruhsal bozukluk veya sorun olarak görülen şey, yarın öyle görülmeyebilir. Bu olgunun birçok sebebi olabilir. Örneğin, ya tedavi ve önleme (örneğin; konversiyon bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) ile bozukluk durumunun (örneğin; yeni vakaların ortaya çıkması) gerçekten azalması ya da teşhisin geliştirilmesi nedeniyle

KUTU 5.2

HOMOSEKSÜELLİK HASTALIK MIDIR?

1980' ere kadar, homoseksüelliğin psikolojik bir bozukluk olduğu düşünülüyordu, ancak 1980 yılında, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-III yayımı ile homoseksüellik bozukluklar listesinden çıkartıldı ve psikopatolojinin bir formu olmadığı düşünüldü. Çoğunlukla 1970 ve 1980ler sırasındaki homoseksüelliğe karşı daha hoşgörülü olan bakış açısına ve ABD'deki (Spitzer, 1981) çeşitli grupların politik baskısına dayanarak homoseksüellik, artık bir bozukluk olarak görülmemeye başlandı. Homoseksüelliğin teşhis sisteminden çıkarılması, sosyal değerlerin nasıl anormal davranış olarak tanımlanan şeyi etkileyebileceğine bir örnektir ve anormal olarak tanımlanan şeyin de sabit olmadığını göstermektedir.

bazı hastalıkların sıklığında azalma görülebilir, böylece söz konusu hastalığa benzer diğer hastalıklar veya problemler daha fazla aynı grupta toplanmaz (örneğin; şizofreni ve bipolar affektif bozukluk; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu). Bu da, teşhis biriminde doğru azalmalar veya psikolojik bozukluğun belirtisi olmayan davranışların yeniden tanımlanması nedeniyle oluşan azalmalar ile sonuçlanabilir (ör. bk. Kutu 5.2).

Psikopatolojinin Yönelimlerine Felsefi Destek Ögeleri

Bu kitapta ana hatlarıyla anlatıldığı gibi, klinik psikologlarının yaptığı çalışmalar, onların teorik yönelimlerinden oldukça etkilenmektedir ve klinik psikoloji alanı her zaman bir veya iki teorik yönelim ile birleşik bir bütün değildir. Onun yerine, çeşitli teorik yönelimlerden biri ile çalışma yapmak, klinik psikoloğa özel klinik veya araştırma konularıyla ilgilenebilmesi için felsefi bir duruş, araç, teknik ve beceri sağlar. Teorik yönelimin temel desteklerinden biri, klinik psikoloğun psikopatolojik bakış açısını ve insanların normal ve anormal olarak nasıl işlevsellik gösterdiğini kapsamaktadır. Belli bir paradigmaya olan bağlılık, özel bir klinik psikolog tarafından yapılacak asıl çalışmayı etkiler. Örneğin, davranışsal veya bilişsel-davranışsal perspektif ile çalışan psikologlar, sadece psikodinamik psikologların farklı yöntemlerine psikolojik müdahalelerde bulunmazlar, aynı zamanda büyük oranda psikodinamik psikologlardan farklılık gösteren insan problemlerinin doğasının sorunlarına karşı temel inançları vardır. Perspektif; hangi bilginin klinik veya araştırma sorularıyla bağlantılı olarak görüldüğünü, ne tür bilginin aranılacağı ve odaklanılacağını, bilgi elde etmek için kullanılan özel değerlendirme prosedürlerini ve protokollerini; önemli görülmeyen bilgi türünü ve tedavi odağını (örneğin; semptom azalması, yeniden eğitici amaçlar, destekleyici tedavi, keşfetme psikoterapisi vb.) belirler. Bu felsefi destek ögeleri nelerdir?

Tarihsel değerlendirme bu bölümün kapsamı dışındadır, ancak; psikopatolojinin önceki kavramlarının kısa bir özeti, insanların temel yönelimlerini, problemlerini ve son olarak tedavi gördükleri problemlere karşı tavırlarını anlamaya yardımcı olabilir. Zuckerman (1999), psikopatolojiyi anlayabilmek ve kategorize edebilmek için Emil Kraepelin'in 19. Yüzyılın sonunda ve 20. Yüzyılın başında kullandığı bir yaklaşımı tanımlamıştır. Kraepelin, tanının ve tanı birimlerinin gözlemlenebilir davranış ve belirtileri kullanabilmek açısından en iyi yol olduğuna inanmaktaydı. Kraepelin'in yaklaşımının savunucuları (Neo-Kraepelinciler olarak bilinirler) sadece tanımlayıcı ve gözlemlenebilir işaret ve davranışlara dayalı psikolojik bozuklukları listeleyen bir sınıflandırma sistemi geliştirdiler.

Bu yaklaşım, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı, Revize Edilmiş Baskısında (*DSM-IV-TR*; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) örneklendirildiği gibi tanımlayıcı bir sınıflandırma sistemi ile sonuçlanır. *DSM-IV-TR*, çeşitli bozuklukları tanımlamada gözlemlenebilir davranışlara yoğunlaşan teorik tanımlayıcı sınıflandırma tablosu olarak görünmektedir. Tersine, çağdaş bir Kraepelin olan Sigmund Freud ve savunucuları tanı birimlerinin sadece tanımlayıcı olmak yerine, işaretlerin, belirtilerin ve sendromların varsayılan türetilmiş sebeplere dayandırılmasını önermiştir (Zuckerman, 1999). Diğer bir deyişle, psikonevroz ve karakter bozukluklari teorilerinin farklı yönlerine dayanarak, Freud ve savunucuları, bozukluğu oluşturan davranışların tanımlayıcılarındansa; bozukluğun varsayılan sebeplerine dayanan veya onlarla bütünleşen tanı birimleri geliştirmişlerdir. Varsayılan sebepler, kişilikte, gelişimsel biçimde ve bireyin geçmişinde kendini yansıtmaktadır ve psikodinamik yaklaşımlar değişip geliştikçe sebeplerin de değişip gelişiyor olmasına karşın, psikopatolojiyi sınıflandırmada hâlâ teorik olarak türetilmiş sebeplere önem verilmektedir. Bu yaklaşım, başlıca ABD'de kullanılan Psikodinamik Tanı El Kitabı (PDM Çalışma Kolu, 2006) ve başlıca Avrupa'da kullanılan İşlevsel Psikodinamik Tanı Sistemi'ni (OPD Çalışma Kolu, 2008) de içeren çeşitli sınıflandırma tablolarında görülmektedir.

Bu yaklaşımlar, bozuklukların daha iyi ve daha net tanımları ortaya çıktıkça, temel sebeplerin teorik modelleri değiştikçe ve klinik psikoloji alanında görüldükçe gelişmiştir. Biri eğilim, bozuklukları tanımlamada bariz davranışlar veya işaret ve semptomlar üzerinde yoğunlaşırken, diğeri belirtileri oluşturan temel sürece yoğunlaşır. İki yaklaşımın da psikoloji konularında, problemlerinde, bozukluklarında, tedavilerinde çok farklı bakış açıları vardır ve her biri on yıllardır önemli derecede gelişmiştir. Bu iki geniş alan arasındaki temel fark ise psikopatolojinin veya uyumsuzluğun nasıl özellikler gösterdiğidir. İlki, belirtileri bozukluğun ana nedeni olarak inceler; bu yüzden tedavinin odak noktası belirti veya semptom seviyesi iken, ikincisi, psikopatolojiyi veya belirtileri bazı temel süreçlerin sonucu olarak inceler, genelde psikolojik ve biyolojik değişkenlerin etkileşimini doğa ve kaynak ile ilişkilendirir. Temel sürecin, bu sürecin belirtileri veya göstergeleri olarak görülen işaretlerin, belirtilerin ve sendromların varlığına sebep olduğu düşünülmektedir. Aşağıda bu iki yaklaşımın bir tanımlaması bulunmaktadır:

Semptomun Odak Noktası Olması

1. Bu yaklaşım; psikolojik problemleri bir semptom grubu veya gözlemlenebilir davranışlar olarak ve psikolojik problemlerin zorluk sebebini belirtilerin ve davranışın varlığı olarak kavramsallaştırır.
2. Değerlendirmenin ve tedavinin odak noktası, semptomu resmetmek ve ortadan kaldırmaktır. Değerlendirme araçları ve teknikleri, belirtileri ve bu belirtilere neden olan şeyleri keşfetmek üzere tasarlanmıştır ve tedavide bu belirti veya davranışları azaltma üzerine yoğunlaşılır.
3. Bunun, Uluslararası Hastalık Sınıflaması, Bölüm 5 (ICD-10) ve DSM adlar dizininin yanı sıra davranış okuluna yönelimi tartışılabilir.
4. Aynı zamanda, bunun tanısal bir bozukluk tedavisi olmadığı sürece tedaviyi karşılamayan yönlendirilmiş sağlık hizmetleri ve sigorta şirketleri tarafından benimseniyor olması da tartışılabilir.

Temel Sebebin Odak Noktası Olması

1. Bu yaklaşım; psikolojik problemleri kalıtsal olarak patolojik olmayan ancak o anda kişi için zorluklar yaratan semptomları, bazı temel süreçlerin nedeni olarak kavramsallaştırır.
2. Değerlendirmenin odak noktası, nedensel ve yardımcı etkenlerin hangi psikolojik problemi (yani, kişilik, insanlar arası stiller, savunma ve altından kalkma hali vb.) oluşturduğunu belirlemektir. Değerlendirme araçları ve teknikleri, psikolojik problemin temel nedenini belirlemeye yoğunlaşır ve tedavi; semptomlardan çok sebepler üzerine odaklanır.
3. Bu ise, psikodinamik okullara, kişiler arası eğitim okullarına, bilişsel eğitim okullarına ve PDM'ye yönelimdir.

Psikopatolojinin Güncel Kavramları

Genellikle, kullanımda olan tanı şemalarında psikopatolojinin güncel bakış açıları iyi bir şekilde anlaşılabilir. Aslında bu tanı şemaları tıp, özellikle de psikiyatri alanından ortaya çıkmış ve diğer ruh hastalıkları uzmanlarının yanı sıra klinik psikologlar tarafından da kullanılan ruh hastalıkları tanımları için bir standart oluşturmuştur. Bu sınıflandırma sistemleri, neyin psikolojik bozuklukları oluşturduğunu belirler ve bu bozukluklara tanı koymada gerekli olan özel kriterlere göre detay verir. En sık kullanılan sistemler ICD-10 ve *DSM-IV-TR*'dir. Yakın zamanda, PDM (PDM Çalışma Kolu, 2006), aşağıda açıklanacak olan *DSM-IV-TR* ve ICD-10'u tamamlamak için kullanılan psikopatoloji tanısında ek bir sınıflandırma olarak yayımlanmıştır. *DSM-IV-TR* ve ICD-10 gözlemlenebilir işaret ve semptomlar ile tanımlayıcı sınıflandırmaları göstermekte iken, PDM önerilen etiyolojik veya nedensel parçaları birleştiren bir sınıflandırma şeması göstermektedir. Bu şemalar sadece psikopatoloji için geliştirilmiş şemalar değildir, aynı zamanda en sık kullanılan şemalardır (bk. Kutu 5.3).

KUTU 5.3

DÜNYADAKİ SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

ICD ve DSM yaygın olarak kullanılsa da, diğer ülkelerde sayısız başka sınıflandırma şeması vardır. Örneğin, kültürel açıdan daha ayırt edici olan birçok rahatsızlık olmasına karşın bazı yönlerden ICD ve DSM'ye benzeyen Çin Psikiyatri Topluluğu'na bağlı bir Çin Psikolojik Hastalıkları Sınıflanması (CCMD-3; Çin Psikiyatri Cemiyeti, 2001) vardır. Aynı şekilde, Latin Amerika Psikiyatri Tanı Rehberi ve Küba Psikiyatri Terimler Dizini de ICD ve DSM'nin listesine almadığı kültürel açıdan daha uygun tanıları içermektedir (Berganza, Mezzich, ve Jorge, 2002; Otero-Ojeda, 2002). Ayrıca, kişiler arası tanı olarak isimlendirilen tanısal yaklaşımlara alternatif olarak tartışılan başka sistemler de vardır (Benjamin, 1996). Bu yaklaşımda insanlığın temeli kişiler arası ilişkileri ve bağlantıları içerdiği için, psikolojik bozuklukların sebeplerinin, tanısının, oluşumunun ve tedavisinin de kalıtsal olarak kişiler arası ilişkilerle olup olmadığı tartışılmaktadır. Böylece, Lorna Benjamin kişiler arası davranışlara dayalı psikolojik problemleri sınıflandırma konusunda ayrıntılı bir yaklaşım geliştirmiştir. Sonuç olarak, İşlemsel Psikodinamik Tanı Koyma Sistemi (Operationalized Psychodynamic Diagnostics–OPD), genellikle Almanya'da ve diğer Avrupa ülkelerinde kullanılan tanı ve psikodinamik sınıflandırmada kullanılan çok eksenli bir sistemdir (OPD Çalışma Kolu, 2001). Bu, sınıflandırma yaklaşımı; teorik bir yaklaşımı temsil eder ve tanı koymak için dört ayrı eksen kullanır:

1 Psikodinamik tedavinin uygunluğunu değerlendirmek için hastanın motivasyonunu ve hastalık belirtilerini kullanan hastalık deneyimi ve tedavi varsayımları.
2 Hastanın geliştirdiği ilişki şemalarına odaklanan ve bunu aktarım ve karşı aktarım konularına dönüştüren kişiler arası ilişkiler.
3 Yedi temel çatışmayı içeren zihinsel çatışmalar (özerklik ve bağlılık, kontrol ve boyun eğme vb.)
4 Birleşme derecesini gösteren yapı (yani, ayrılmış, düşük, ılımlı veya yüksek birleşme). Birleşme, çatışmayı veya stresi tolere edebilmek için psikolojik gücü sergileyen bağımsız kişilik gelişimini niteler.

Tanı Sınıflandırma Sistemleri

Tanı sınıflandırma sistemleri, psikopatolojinin güncel kavramlarını temsil eder ve klinik psikologların psikolojik bozuklukları tanımlayıp belirleyebilmesi için araç sağlar. Sınıflandırma sistemleri, genellikle, doğanın sorgulayıcı alanlarını anlamak için yapılan bilimsel çabaların temel bir parçasıdır ve bu sistemler (nozoloji olarak da bilinir) uzun tanımlamalardansa daha anlamlı, daha ulaşılabilir ve daha elverişli bilgiler elde etmeye çabalar. Bu sınıflandırma sistemleri herhangi bir bilimsel alanda kullanılabilir, ancak, bizim amaçlarımız doğrultusunda, bugünlerde tanımlandığı gibi psikolojik bozuklukların bir dokümanını veya listesini oluşturan tanımlayıcı ruhsal bozukluklara bir araç ve liste sağlar. Yeni bilimsel bilgiler olduğu ve

toplumsal değerler, yargılar ve standartlar değiştiği için sınıflandırma sistemleri her zaman gözetim altında olan özel ve güncel sistemlerdir.

Bu sistemler sadece psikolojik bozuklukların güncel kavramlarını açıklamakla kalmaz; aynı zamanda, kullanıldığı başka amaçlar da vardır. Bunlar:

Tanımlar: Bozuklukların net tanımlarını sunarlar, böylece bozukluklar ve problemler güvenilir ve geçerli bir şekilde belirlenir. Anlamlı bir araştırma ve klinik çalışması yapabilmek için özel bir rahatsızlığı oluşturan ve oluşturmayan şeyleri bilmemiz gerekmektedir.

İletişim: Klinikçilerin ve araştırmacıların psikopatoloji veya özel psikolojik problemleri olan insanlar hakkında etkili iletişim kurabilmeleri için ortak bir dil ve kavram ve terimlerin ortak tanımları olmalıdır.

Araştırma: Bu önceki konuyla benzerdir ve uygun araştırmanın yapılabilmesi için yapıların (yani, bozuklukların) net tanımlarının ve işlemelerinin olmasının gerektiği fikrini nitelemektedir. Örneğin, şizofreni hakkındaki bilgilerimizi arttırmamız için farklı araştırmacıların aynı rahatsızlık üzerinde çalışma yapmaları ve bu rahatsızlığı neyin oluşturduğuna dair ortak bir kanıya varmaları gerekmektedir. Araştırmacılar, şizofreni için farklı tanımlar kullanırlarsa, şizofreni hakkındaki bilgiye tam bir güven olamaz.

Teori geliştirme: İyi tanımlanmış bozuklukların araştırmaları ile psikopatolojinin ve bu bozuklukların model ve teorileri daha genel bir şekilde revize edilebilir veya kullanılmayabilir ya da yeni teori ve modeller benimsenebilir.

Tedavi: Genellikle uygun ve dikkatli konulan tanının uygun ve farklı tedavi seçeneklerine neden olacağı sanılır ve umulur. Kesinlikle tanı bilgisi tedavi seçeneklerini belirlemenin önemli bir parçasıdır.

Eğitim: Psikopatolojinin güncel bilgi ve kavramlarının göstergesi olan tanı sistemleri klinik psikologların ve diğer sağlık uzmanlarının eğitiminde oldukça yararlıdır.

Sigorta ve Tazminat: Sınıflandırma sistemleri, kaynak sağlamak ve bozuklukların değerlendirme ve tedavisini karşılamak için devlet ve sigorta şirketleri tarafından kullanılmaktadır. Belli bozuklukların tedavilerinde tazminat oranlarında farklılıklar olabilir ve bazı bozukluklar için hiç tazminat ödenmeyebilir. Bir sınıflandırma sistemi bu kararları yönlendirmek amacı ile kullanılabilir.

Epidemiyolojik bilgi: Bir nüfusun bozukluklarındaki artış ve azalmaları değerlendirmede sınıflandırma şemaları çok önemli olabilmektedir. Bu, bozuklukların farklı tiplerinin oluşumu ve yayılımındaki değişmeleri takip etme açısından önemlidir.

Genel olarak, sınıflandırma sistemleri bize hangi davranışların anormal olarak görüldüğü, nelerin psikopatolojiyi oluşturduğu ve hangi amaçlara hizmet ettiğinin özetini vermektedir.

ÖZGÜL GÜNCEL SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

Psikopatolojik açıdan sayısız sınıflandırma sistemi bulunmasına karşın, biz iki tane yaygın sistem olan, ICD-10'u ve *DSM-IV-TR*'yi ve daha yeni bir sistem olan PDM'i tartışacağız.

Uluslararası Hastalık Sınıflaması

Psikolojik bozuklukları konu alan ilk resmî sınıflandırma sistemlerinden birisi Uluslararası Hastalık Sınıflamasıdır. Bu sistem (aslında sınıflandırma sistemleri ailesi) aslında ölüm nedenlerini açığa çıkarmak için geliştirilmiştir ve Alman, Fransız ve İsveç sistemlerinin bir kombinasyonudur. Daha önceki versiyonlarının isimleri farklı olmasına karşın (örneğin; ilk versiyonu Ölüm Nedenleri Listesi olarak biliniyordu), ICD-10'un uluslararası alanda klinik çalışmalar için kullanılan en yaygın sistem olduğu düşünülmektedir (Sorensen, Mors, ve Thomsen, 2005).

ICD-10, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilmiştir ve hastalık ve ölüm nedenleri hakkında tanısal bilgi sunmaktadır. ICD-10'un bir bölümü (yalnızca 267 sayfalık bir bölümdür) olan Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması bu nozoloji bölümünde dahil edilmiştir. Bu bölüm hem bozuklukların klinik özelliklerinin bir tanımını hem de bu bozuklukların ilişkilendirilmiş özelliklerini sunmaktadır. Klinikçinin bir tanıdan daha az emin olması durumunda belirsiz tanılar için önlemler olmasının yanı sıra "güvenli" tanı için gereken bir dizi semptom göstergesi vardır. ICD dünya çapında kullanılmaktadır ve en az 42 dile çevrilmiştir.

ICD, tanımlayıcı bir sınıflandırma şemasıdır. 10 ana rahatsızlık kategorisi vardır ve her kategori içerisinde özel tanı kriteri ile sayısız rahatsızlık vardır. Bu kategoriler şunları içermektedir:

1. Organik ruh bozuklukları (örneğin; çeşitli demanslar, hezeyan)
2. Psikoaktif madde kullanımından dolayı oluşan ruhsal ve davranışsal bozukluklar (örneğin; akut zehirlenmesi, bağlılık sendromu)
3. Şizofreni, şizotipal ve sanrılı rahatsızlık
4. Duygudurum bozuklukları (örneğin; delilik, depresif ruh hali)
5. Növrotik, stres-bağlantılı ve somatoform rahatsızlık (örneğin; kaygı, çözülmeli bozukluklar)
6. Psikolojik hastalık ve fiziksel etkenlerle ilişkili davranışsal sendromlar (örneğin; yeme bozuklukları, uyku bozuklukları)
7. Yetişkinlerde kişilik ve davranış bozuklukları (kişilik bozuklukları, cinsel bozukluklar)
8. Zihinsel gerilik
9. Psikolojik gelişim bozuklukları (örneğin; konuşma ve dil bozuklukları, otizm)
10. Genellikle çocuklukta ve ergenlikte başlayan davranış ve duygusal bozukluklar (örneğin; bağlanma bozuklukları, duygusal bozukluklar).

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı, Revize Edilmiş Baskısı (DSM-IV-TR)

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) tarafından geliştirilen DSM-IV-TR, psikolojik bozuklukların tanısı için özel kriter ve çeşitli ruhsal bozuklukların oluşumunu anlama ile ilişkili olan diğer bilgileri sağlayan detaylı ve kapsamlı bir el kitabıdır.

Özellikle sonraki baskılarda, ICD kriterlerine özen göstererek geliştirilmiştir ve genellikle tanısal birimler açısından daha özgül detaylar sunmaktadır. Araştırma alanında en yaygın olarak kullanılan tanı sistemlerinden biri haline gelmiştir ve muhtemelen ABD'de en yaygın kullanılan sistemdir. ICD gibi, DSM-IV-TR'de ruhsal bozukluklara tanımlayıcı bir yaklaşım sunmaktadır.

Klinikçi, belirtilerin olup olmadığına karar verir ve semptomlar var ise, tanı koyar. *ICD-10* ve *DSM-IV-TR*, kliniksel tanılar için tanı kriteri oluşturan özel işaretler, semptomlar ve davranışları vurgularken, *DSM-IV-TR* rahatsızlığı olan bireylerin ve bozukluğun diğer özelliklerini de hesaba katmaktadır. Örneğin, özel bir ruh hastalığı şunları kapsamaktadır:

Tanısal özellikler: Tanı koyulabilmesi için gerekli olan tanı kriterinin tipi ve sayısı

İlişkili özellikler ve bozukluklar: Ruhsal bozuklukları takip eden davranış ve özellikler

İlişkili laboratuvar bulguları: Tanımlayıcı tanıya yardımcı olan çeşitli test bulguları

Yaş-, kültür-ve cinsiyet bağlantılı özellikler: Yaşa, kültüre veya cinsiyete bağlı olarak mevcut olan veya olmayan özellikleri anlamaya yardımcı olabilecek bilgiler.

Buna ek olarak, DSM kılavuzu tam bir tanı koyabilmek için beş ayrı eksen kullanır. Bu eksenler bozuklukları anlama, tanı koyma ve tedavi konusunda önemli olan çeşitli değişkenleri hesaba katmak için ölçütler sunar. Bu beş eksen şunlardır:

Eksen I: Klinik tedavinin odağı olabilecek klinik bozukluklar veya diğer durumlar (örneğin; bipolar bozukluk, şizofreni, depresyon)

Eksen II: Kişilik bozuklukları veya zihinsel gerilik (örneğin; kaçıngan kişilik bozukluğu, Sınır kişilik bozukluğu)

Eksen III: Genel tıbbi durumlar (örneğin; beyin felci ve hipotiroidizm gibi bulunan herhangi bir fiziksel rahatsızlık)

Eksen IV: Psikososyal ve çevresel problemler (örneğin; yakın zamandaki stresli olay ve durumlar)

Eksen V: İşlevselliğin genel olarak değerlendirmesi (örneğin; yakın geçmişte en yüksek işlev seviyesi)

DSM-IV-TR ve sonraki baskılar için 400'ün üstünde ruhsal bozukluk ya da ayrıntılı bir şekilde listelenmiştir. DSM, 50 yıldan uzun süredir bir ya da diğer formaları yaygın kullanılmış ve bu yağın kullanımdan dolayı 20'den fazla dile çevrilmiştir.

Psikodinamik Tanısal El Kitabı

Yakın zamanlarda, ICD ve DSM'nin bozukluklara farklı bakış açılarını konu alan bir tanısal el kitabı yayımlanmıştır. Greenspan, McWilliams ve Wallerstein'e göre (PDM Çalışma Kolu, 2006), PDM "– hem bireyin kişiliğinin daha derin ve yüzeysel seviyeler hem de kişinin duygusal ve sosyal işlevi ile – bir kişiyi tümden tanımlayan tanısal çerçevedir" (s. 4). Teorik ve yalnızca tanımlayıcı olmak yerine, PDM, sayısız psikodinamik ve psikanalitik organizasyon tarafından psikodinamik bir bakış açısı ile yazılmıştır ve nesne ilişkileri teorisine, bağlanma teorisine ve psikanalize dayanan çağdaş psikodinamik teorinin yanı sıra "güncel sinirbilim ve tedavi sonuçları çalışmalarına dayanan bilgiyi birleştirmeye çabalamaktadır (PDM Çalışma Kolu, 2006). PDM'yi DSM veya ICD'nin yerine kullanmaktansa onlara bir tamamlayıcı olarak kullanılması önerilir. Esas itibariyle, yalnızca gözlemlenebilir işaret ve belirtilere yoğunlaşmaktansa, PDM bir bireyin "... bireysel tarih bağlamındaki tüm duygu ve düşünceleri (kişisel deneyim)"ne odaklanmaktadır (PDM Çalışma Kolu, s.6). Diğer bir deyişle, PDM bir bireyi ve bireyin psikolojik bozukluklarını tamamen anlayabilmemiz açısından bir sistem sunmaktadır.

PDM'yi savunanlar, DSM-IV-TR'den daha çok şey içerdiğini ve ruhsal ve kişiler arası işlevselliğin hem yüzeysel hem daha derin bir şekilde yerleşmiş unsurları gibi DSM-IV-TR'de olmayan bireylerdeki unsurları tanımlayıp kategorize ettiğini söylemektedirler. Sistem bir kişinin işlevselliğinin üç ana bölümünü tanımlar ve bunlara odaklanır:

1. Sağlıklı işlevsellik ve kişilik işlevselliği bozukluğu
2. İlişkileri, ifade ve duygu anlatımı, çatışma ve savunma, farkındalık ve ahlaki yargıların oluşumuna dahil alan ruhsal işlevselliğin bireysel profilleri
3. Kişiye özgü ve öznel semptom oluşumunu içeren semptom örnekleri

Bu üç ana bölümü ele alabilmek için, PDM yetişkinler için üç eksenli çok boyutlu bir yaklaşım kullanır.

Kişilik örnekleri ve bozuklukları (P-ekseni): Tanı çalışması için başlangıç noktası olarak bireyin kişiliğine yoğunlaşan bu eksen iki bölüm içerir; ilki, sağlıklı bir bireyin kişiliğinin bozulmasında bireyin konumu, ikincisi ise bireyin dünya ile nasıl bir etkileşim içerisinde olduğu, kişiye has ruhsal işlevsellik ve özelliğidir.

Ruhsal işlevsellik (M-ekseni): Bu eksen, bilgi işleme, ilişki kurma ve sürdürme, ifade ve duygu anlatımı ve çatışma ve savunma stratejileri özelliklerini kapsayan duygusal işlevselliğin daha detaylı bir tanımını içerir.

Ortaya çıkan semptom ve endişeler (S-ekseni): Üçüncü eksen klinik *DSM-IV-TR*'de ya da *ICD*'de (diğerleri gibi) bulunan sendromların çoğunu tanımlar ve zorlukların öznel deneyimini ve sendromların her biriyle bağdaştırılması için bulunan davranışsal örnekleri dahil etmek için tanımları genişletir. Bu kişinin tek olan kişiliğinin bağlamındaki sendromları gözlemlemeye izin verir.

DSM-IV-TR, ICD-10 ve *PDM*'nin hepsi psikolojik problemlerin tedavisi, araştırma amacı ve psikopatolojinin iyi tanımlanmasına yardımcı olmasına karşın, bunların arasında farklılıklar vardır. Örneğin, hem *ICD-10*'un hem de *DSM-IV-TR*'nin tanımlayıcı sınıflandırma sistemlerini temsil etmelerine ve bunlar arasında birçok benzerlik bulunmasına karşın, kişilik bozukluklarının sınıflandırılma şekline ve hastalıkların dahil edildiği sınıflara göre farklılaşırlar. *PDM*, etiyolojik bir sınıflandırma sistemi olarak, sınıflandırmayı hedefler ve psikopatolojinin bilişsel parçaları ve altında yatan sebepler üzerine yoğunlaşır. *DSM* ve *ICD*'nin içermediği bozuklukları da içerir.

DSM, ICD ve *PDM* arasındaki büyük bir fark; *PDM*'nin psikopatoloji hakkında düşünmenin başlangıç noktası olarak kişilik ile başlamasıdır. *DSM* ve *ICD* kliniksel sendromlarla başlangıç noktası olarak başlar ve kişiliği ve kişinin bağlamının diğer parçalarını ikincil olarak birleştirirler (sadece bozuk kişilikler).

KUTU 5.4

ÇOCUKLARDA BOZUKLUKLARIN TANISI

DSM ve *ICD* bir dereceye kadar çocukluk bozukluklarını içermesine karşın, bu iki sistemin odak noktası açıkça yetişkin bozuklukları üzerine yoğunlaşır. Örneğin, DSM ile çeşitli hastalıklar için teşhis kriterlerinin çoğu "bozukluklar öncelikle çocuklukta net olarak görülür" bölümüne karşın, çocuklar ve gençler için de kullanılırdı. *PDM* çocuklar ve gençlerle ilgili teşhis konularını belirtmiştir ve psikolojik problemlerin gelişimsel bağlamı üzerinde büyük önemi vardır. Aynı zamanda, birçok yeni sınıflandırma sistemi ve özellikle çocukluk bozukluklarının psikolojik zorluklarının teşhisi üzerine yaklaşımları vardır. Erken Çocukluğun ve Bebeklik Döneminin Gelişimsel Bozuklukları ve Zihin Sağlığının Tanısal Sınıflandırması (DC: 03) yeni yürümeye başlayanlar ve bebeklerin zihinsel sağlık ihtiyaçlarının tanımlanmasını sağlamak için kullanılır. Son olarak, Achenbach (Verhulst ve Achenbach, 1995) çocuklarda ve gençlerde psikopatoloji için taksonomi ve deneye dayalı değerlendirme geliştirdi. Özel davranışlar alanlarının birçoğundan oranlar kullanarak, psikolojik problemlerin özel türlerini tanımlamakta kullanılan psikolojik problemlerin sendromlarını görgül olarak belirlemiştir.

SONUÇ

Genel olarak, bu bölüm psikopatolojiyi anlama, kavramlaştırma ve tanımlama ile ilgili konuların bazılarına genel bir bakış sağlar. Klinik psikologların anormalliği belirleme yolu ve anormalliğin yargılarını verirken önem alanlarını oluşturan davranış türleriyle alakalı konuları sunduk. Son olarak, klinik psikologların insanların psikolojik problemlerini saptamasına yardımcı olan güncel sınıflandırma sistemlerini tanımladık.

Öğrenci, anormalliği, neyin anormal davranış olarak görüldüğüne karar verirken kullanılan prosedürleri, süreçleri ve konulardan bazılarını anlama sürecine sahip olmalıdır. Ayrıca, psikopatolojinin sayısız farklı kavramının ve psikopatolojiyi tanımlama, kategorize etme ve anlamaya ilişkin bir dinamik olduğu açık olmalıdır.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Öğrenciler için, tanısal sistemler ve hatta bozuklukların kendisi yer değiştirebilirler ve değişebilirler. Bölümde bahsedilen tüm tanısal sistemler ya revizyon altındadır ya da revizyonu düşünülmektedir. Bu bilgiler psikopatolojiyi anlamak için dinamik yapımının altını çizmektedir ve araştırma bulguları biriktiğinde ve psikopatolojiyi anlayışımız genişledikçe ve derinleştikçe, daha fazla değişiklikler olacaktır.

PDM çok yeni olduğundan onun dışında var olan tanısal sistemler yıllardır eleştirilmekedir ve görünüşe göre her zaman gözden geçirilir. Örneğin, DSM'nin gelecek versiyonları için hazırlıklar bir süredir yapılmakta ve birçok konu ve süreç DSM-V Başlangıç Projesinde bulunmaktadır: http: //www.dsm5.org/.ICD-10'(ICD-11)un gözden geçirilmesi 2014 yılında uygulamaya geçirilmesi planlanmış ve bazı büyük değişiklikerin yapılabilmesi için uzun süreli tartışmalar ve değerlendirmeler yapılmaktadır. (Masten ve Curtis, 2000). *PDM* ile alakalı olarak, gelcekle ilgili değişiklikler ve etkileri değerlendirmek için çok erkendir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Belirti (Symptom)
Duygusal kontrol (Emotional regulation)
Etiyolojik sınıflandırma sistemi ICD-10, (Etiological classification system)
İşaret (Sign)
İşlemselleştirilmiş psikodinamik tanı sistemi (OPD) (Operationalized psychodynamic diagnostics system (OPD))
Nesne İlişkileri (Object relations)
Nozoloji (Nosologies)
Psikopatoloji (Psychopathology)
Psikodinamik Tanısal Kılavuzundaki (Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM)
Sendrom (Syndrome)
Sınıflandırma sistemleri (Classification systems)
Süregelen Problemler (Problems in living)
Tanımılayıcı Patoloji Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Istatistiksel Kılavuzu, 4.Basım, Test Revizyonu (DSM-IV-TR) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Test Revision–DSM-IV-TR)
Tanımlayıcı sınıflandırma sistemleri, (Descriptive psychopathology)
Zihinsel ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması, Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Bölüm 5(ICD-10) (International Classifiacation of Diseases, (ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders)
Zihinsel rahatsızlık (Mental disorder)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Klinik psikologların psikopatolojiye bakış açılarının altında yatan iki felsefi konu nedir? Bunlar klinik psikologlarının verdiği kararları nasıl etkiler?
2. Felsefi bakış açısıyla PDM ve DSM-IV-TR'yi karşılaştırınız. Onlar psikolojik bozuklukları nasıl tanımlar?
3. Psikolojik bozuklukların insanlarda bozukluğa neden olan ya da yabancı birimler olarak neden düşünülmediğine dair bazı tartışmalar vardır, bunlar nelerdir?
4. Biri tanımlayıcı, diğeri ise teorik özelliklere dayanan tanısal sistemlerin iki genel türü vardır. Hangi tanısal sistemin en uygun olduğuna inanıyorsunuz? Neden?
5. Klinik psikologların psikopatoloji hakkında yargılara varırken inceledikleri davranış türlerini tanımlayınız. İlgili olabileceğine inandığınız başka davranışlar var mıdır?

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Berganza, C. E., Mezzich, J. E., & Jorge, M. R. (2002). The Latin American guide for psychiatric diagnosis: A cultural overview. *Psychopathology, 35,* 185–190.

Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. F. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139–190). New York: John Wiley.

Chinese Society of Psychiatry. (2001). *International classification and diagnosis.* Author.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 316–336.

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious.* New York: Basic Books.

Freud, A. (1946). *The ego and mechanisms of defense.* New York: International Universities Press.

Gorenstein, E. E. (1992). *The science of mental illness.* San Diego: Academic Press.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., & Lam, R. W., et al. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 1303–1325.

Jourard, S. M. (1958). *Personal adjustment: An approach through the study of healthy personality.* New York: MacMillan Co.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review, 82,* 1–25.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York/USA: Springer Publishing Company.

Masten, A. S., & Curtis, J. W. (2000). Integrating competence and psychopathology. Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12,* 529–550.

OPD Task Force. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnostics* (2nd ed.). New York: Hogrefe & Huber.

Otero-Ojeda, A. A. (2002). Third Cuban glossary of psychiatry (GC-3): Key features and contributions. *Psychopathology, 35,* 181–184.

PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069–1081.

Sorenson, M. J., Mors, O., & Thomsen, P. H. (2005). *DSM-IV* or *ICD-10-DCR* diagnoses in child and adolescent psychiatry: Does it matter? *European Child & Adolescent Psychiatry, 14,* 335–340.

Spitzer (1981). The diagnostic status of homosexuality in the *DSM III*: A reformulation of the issues. *American Journal of Psychiatry, 138,* 210–215.

St. Clair, M. (2004). *Object relations and self psychology.* New York: Brooks Cole.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: W. W. Norton.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct.* Harper & Row.

Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2008). Self and interpersonal judgment biases in social anxiety disorder: Changes during treatment and relationship to outcome. *International Journal of Cognitive Therapy, 1,* 125–137.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life.* Boston, MA: Little, Brown.

Verhulst, F. C., & Achenbach, T. M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications. A review. *European Child & Adolescent Psychiatry, 4,* 61–76.

World Health Organization (2005). *WHO resource book on mental health, human rights, and legislation.*

Zuckerman, M. (1999). Diagnosis. *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 25–83). Washington, DC: American Psychological Association.

6. BÖLÜM

DEĞERLENDİRMEYE GENEL BİR BAKIŞ*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölüm, psikolojik değerlendirmelerin çeşitli türlerinin yürütülmesini içeren ilkelere, amaçlara ve yöntemlere genel bir bakış sağlar. Bu bölümde; klinik psikologların çalışmalarında psikolojik değerlendirmenin önemine ve ortaklığına ek olarak değerlendirme uygulamalarında yüksek lisans öğrencilerinin eğitim ile ilgili konular üzerinde durulacaktır. Ayrıca, bu bölüm, psikolojik değerlendirmeyi geniş ölçüde neyin oluşturduğuyla ilgili konuların yanı sıra araştırma ve klinik pratikte kullanılan psikolojik değerlendirmenin farklı türlerini ve değerlendirmenin belirli amaç ve ihtiyaçlarını da içermektedir. Son olarak, psikolojik değerlendirmeden kaynaklanan klinik karar ve uygulamayla ilgili konuların türlerini ve insanların hayatında kararların nasıl etki yapabildiğini ele alacağız.

GENEL BAKIŞ

Genel olarak, psikolojik değerlendirme, diğer alanlardaki psikologların yanı sıra, klinik psikoloji uygulama ve eğitiminde en önemli bileşendir ve olmaya da devam etmektedir. Psikolojik deneme, 1900'lerin başlarında Fransa'da Alfred Binet tarafından okul çağı çocuklarının uygun sınıf yerleşimini belirleme, ABD'de ise duygusal ve zihinsel problemli asker personeli ayırt etme girişimleriyle başladı (Gregory, 2004). Psikolojik değerlendirme, insanların işleyişinin çoklu görünümlerini hızla anlamak için en etkili yol olarak görünüyordu ve ilgi alanlarının çeşitliliğinde başarıyı öngörebilmek için kullanılıyordu. Bu sistem, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde, psikoloji topluluğu tarafından benimsenmişti; bu psikologlar için önemli bir araç oldu ve önemli bir klinik etkinlik olarak psikolojik değerlendirmenin daha fazla gelişmesine ivme kazandırdı.

Psikolojik değerlendirmenin klinik psikologların sağlıkla ilgili faaliyetlerde oynadığı belirleyici ve eşsiz rollerden biri olduğu görülmüştür. Özellikle nöropsikolojik, psikofizyolojik ve çok boyutlu kişilik değerlendirmesi gibi değerlendirmenin bazı türleri neredeyse hiçbir rekabetin olmadığı sadece klinik psikoloji alanına uygun ölçümler içermektedir.

* Çevirenler: Dr. Engin EKER - Dr. Muzaffer ŞAHİN

Vaka 6.1

Klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi olan Vincent, klinik görüşmenin özelliklerini öğrenme sürecindeydi ve amaçları araştırmak için bir DSM-IV-TR tanısını daha dikkatli belirlemeye odaklanmış yapılandırılmış bir klinik görüşme ile belirtilerin tablosunu, hastanın içinde bulunduğu bağlamı, problemlerin nasıl başladığı ve oluştuğu ve hastanın motivasyonu gibi süreçle ilgili değişkenleri anlamayı vurgulayan, yarı yapılandırılmış klinik görüşme arasındaki farkları belirlemeye çalışmaktaydı. herhangi önemli bir zaman diliminde, odaklanma, duygusal tepkisellik, proje başlatma ve kişisel ilişkileri yürütmekle ilgili yetersizlikten kaynaklanan problemler nedeniyle üniversitede zorluklar yaşayan genç bir bayanla ilk klinik görüşmesini tamamlamış olacaktı. Vincent hastada kullanmaya onay almak için klinik danışmanına sunacağı diğer değerlendirme araçları ve görüşme için bir gerekçe sunmaya çalışıyordu. Görüşme diğer değerlendirme teknikleri ve testleri içerecek bir klinik değerlendirmenin temelini oluşturuyordu.

Diğer sağlık çalışanlarının bazı durumlarda tedavi, bireysel hasta, çift ve ailelerin tanılanmasını sağlamasına karşın, bu psikolojik değerlendirme için geçerli değildir. Psikolojik değerlendirme ayrıca daha çok geleneksel ruh sağlığı ve eğitim ile ilgili çalışmalardan nöropsikoloji ve tıbbi, endüstriyel ve adli psikolojik uygulamalarla genişletilmiştir ve pek çok klinik psikolog bu işte çok iyi bir güncel uzmanlık kazanmıştır. Psikolojik değerlendirme ruh sağlığında sadece klinik karar verme uygulamaları için kullanılmaz ayrıca değişkenleri değerlendirmek için sağlık psikologları tarafından; yaralanmalarda işlevsel durumu ve rehabilitasyon potansiyelini değerlendirmek için rehabilitasyon psikologları tarafından; beyin hasarlı kişilerde beyinle ilgili problemli ve güçlü yönleri değerlendirmek için nöropsikologlar tarafından ve suç bağlantılı çeşitli davranış ve tedavisini değerlendirmek için adli psikologlar tarafından kullanılır.

Bu bölüm, alanla ilgili değerlendirme konuları üzerinde çalışan birkaç psikoloğun vakaları ile başlamaktadır.

Vaka 6.2

Dr. A., hastanın anksiyete ve hipertansiyonuna etkide bulunan faktörlerle ilgili bir vaka konferansı grubuna birtakım psikolojik değerlendirme verileri sundu. Sunumun odağı, hastanın gösterdiği belirti ve bulguların yanı sıra kişiler arası ve koroner arter hastalığında etkisi olabilecek ilişkisel değişkenleri içeren kişilik özellikleri üzerinedir. O, özellikle hastanın sergilediği düşmanca ilişkilerinin düzeyi ve türlerine ve bu kişiler arası ilişki kurma tarzının hastanın tedavisine nasıl engel olduğuna odaklanmaktaydı. Data sunumu, öz-bildirim enstrümanlarından ve temsil edilen etkileşimsel durumların çeşitliliğinde kan basıncı ve kalp atımının psiko-fizyolojik görüntülenmesinden elde edilen bilgileri içermekteydi. Bu bilgiler, hasta klinik tablosuna katkıda bulunabilmek amacıyla vaka konferans grubuna sunuldu.

VAKA 6.3

Dr. B., bir psikiyatrist tarafından özel muayenehanesine yönlendirilmiş bir hastanın tamamlanmış bir psiko-tanısal değerlendirmesini yürütüyordu. Hasta, çok karmaşık bir tanı tablosu sundu ve psikiyatrist için hastanın şizofreni benzeri bir bozukluk mu, iki uçlu duygu-durum bozukluğu mu ya da organik temelli bir bozukluk mu sergileyip sergilemediği ve ne tür bir tedavinin uygun olacağı net değildi. Dr. B, hastayla klinik bir görüşme yapmış ve hastanın ailesiyle görüşmeyi tamamlamıştı. Bunun yanında hasta, sırasıyla, objektif bir psikopatoloji ve kişilik ölçümü olan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri 2'yi, birkaç özgül derecelendirme ölçeğini ve bilişsel ve algısal işleme ve kişiler arası ilişkisellik değişkenliğini ölçen iki yansıtmalı ölçüm olan Rorschach Mürekkep Tekniği ve Tematik Algı Testini içeren birkaç psikolojik aracı tamamladı.

Dr. A., hastanın tanı tablosunu belirlemekte yardımcı olmak için klinik görüşme ve test malzemelerini sentez ve entegre etmeyi değerlendirme sürecindeydi. Buna ek olarak, hastanın problemlerini sürdüren ya da ağırlaştıran faktörleri ve psikolojik problemlerin gelişimine katkısı olabilecek faktörleri saptamaya çalışıyordu. Hastayı sevk eden psikiyatrist için bir rapor ve hastanın ihtiyacını karşılayacak değerlendirme üzerinde geri bildirim hazırlıyordu.

VAKA 6.4

Dr. C., çocuklar üzerinde acının etkilerini belirlemeye, küçük çocukların bazı tıbbi işlemler ve problemlere eşlik eden ağrılarına yardımcı olmak için stratejiler geliştirmeye çalışıyordu. Karşılaştığı zorluk, sadece küçük çocuklarda rahatsızlık ile başa çıkmada yardımcı olabilmek için bilişsel stratejilerin nasıl geliştirileceği değildi, aynı zamanda uygun, geçerli ve güvenilir ağrı ölçümleri ile sözel yetenekleri daha sınırlı olan küçük çocuklarda acının nasıl belirleneceğini saptamaktı.Ölçüm; stratejilerin belirtilen durumları ne kadar etkili bir şekilde ölçebileceğini belirlemek açısından çok önemliydi. Ulaşılabilir uygun ölçümlerin olmadığına inanarak baştan başladı. Doktorun aşina olduğu yetişkinler için ağrı ve değişim ölçümünde geniş ölçüde araştırma ve makale olmasına karşın, küçük çocuklarda ağrı davranışlarını ölçmenin uygun ve etkili ortalamaları üzerine görece yapılan çok az çalışma vardı. Duygunun sözel olmayan ifadeleri, çocuklar için stratejilerle başa çıkma konularının yanı sıra çocuklarda bilişsel gelişim yazını ve psikolojik değerlendirme üzerine yazına ulaşmaya ve bunları dikkatlice incelemeye başlamıştı. Ayrıca, birkaç çocuk klinik psikoloğu, yüksek lisans öğrencisi ve çocuk departmanından personelle daha etkili olabilecek potansiyel stratejileri için beyin fırtınası yapmak için bir toplantı planlıyordu. Birçok araştırma projesinde değerlendirebileceği birçok farklı ölçüm geliştirebilmeyi umut ediyordu.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME NEDİR?

Psikologlar tarafından sunulan değerlendirmenin sayısız ve kapsamlı nitelendirmeleri olduğu yıllardır görülmektedir. Groth-Marnat'a (1999) göre, psikolojik değerlendirme, sorunu ele almada derlenen bilgi yararlı olabileceği için zorluk yaşayan bireyin değerlendirmesini içerir. Cohen, Swerdlik ve Phillips (1996) psikolojik değerlendirmeyi şöyle tanımlamıştır:

> ... testler, röportajlar, vaka çalışmaları, davranış gözlemi ve özel olarak tasarlanmış materyaller ve ölçüm yöntemleri gibi araçların kullanımı yoluyla gerçekleştirilebilir bir psikolojik değerlendirme yapmak amacıyla, psikoloji ile ilgili veri toplanması ve entegre edilmesidir (s. 6).

Bu tanımlardan yola çıkarak, psikolojik değerlendirmenin; insan davranışları, psikolojik sorunlar ve güçlü yanları ölçmek ve değerlendirmek için, değerlendirme testleri ve teknikleri ile psikolojik sorunların kökenin ve tedavisinin belirlenmesinde uzmanlığı olan bir klinik psikolog gerektirdiğini belirtebiliriz. Klinik psikolog, davranışla ilgili hipotezi meydana getirmek ve test etmek için psikolojik, tarihsel, bağlamsal ve ikincil (diğer kaynaklardan) bilgiyi toplar, sentezler ve bütünler. Bu, insanın deneyimlediği psikolojik zorluklarla ilgili tanımlama, açıklama, öngörü ve öneriler geliştirmek amacıyla yapılır. Nihai hedef, hastaların tedavisinde karşılaşılabilecek zorluklara yardımcı olabilecek kaliede bilgiyi sağlamaktır.

Bir değerlendirme yapılırken, klinik psikolog, yalnız sorunları ve özelliklerini tanımlamak için birden fazla kaynaktan veri toplamaya ve analiz etmeye ihtiyaç duymaz aynı zamanda ve belki de en önemlisi, kişiye yardımcı olmak amacıyla problemi ve problemleri sergileyen kişiyi iyi anlayabilmek için bilgileri bütünleştirmeye ihtiyaç duyar. Klinik psikolog, oldukça özgül sorulara cevap aramayı ve bireysel, çift veya aile ile işbirlikçi ve kendi başına terapotik süreci başlatabilecek destekleyici bir sürece girmeyi deneyebilir.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMEYE KARŞI PSİKOLOJİK TEST

Psikolojik değerlendirme ve **psikolojik test** eş anlamlı kullanılmasına karşın, ikisi arasında bir farklılık vardır. Psikolojik test, yönetme, puanlama ve yorumlama süreci olarak düşünülür (Maloney ve Ward, 1976). Test puanları, klinik sonuçlar, kararlar ve önerileri esas alan bilgi sağlar (Cohen ve ark. 1996). Diğer taraftan **psikolojik değerlendirme** test puanlarının ötesine geçer ve bireylerin yardım aradığı psikolojik sorunları ile ilgili sonuçlara varmak için testleri de içeren birçok kaynak kullanır. Ayrıca, Maloney ve Ward (1976) göre, psikolojik test, kişinin sahip olduğu konuları, sorunları, endişeleri ve limitleri ölçerken psikolojik değerlendirme, kişinin problemlerini nasıl ve neden geliştirdiği ve bu problemleri nasıl sürdürdüğü de dahil edilerek genişler. Bu nedenle psikolojik değerlendirmenin, psikolojik testten daha geniş ve kapsamlı olduğu görülür.

Bir psikolojik değerlendirme genellikle davranışın geniş kapsama alanıyla çok biçimsel olarak düşünülür ve bir hasta için tedavi veya iyileştirme planlaması için kullanılır (Butcher, 1995). Her ne kadar, psikolojik değerlendirme daha özgül olmasına karşın tedavi boyunca uygun yerleşimleri veya görüntüleme belirtilerinin düzeyini seçmede kullanmak için davranışın veya işlevselliğin sınırlı sayıdaki bileşenlerini ele alabilir. Geleneksel değerlendirme, sadece bireysel hasta ile ilgili bir aktivite olarak düşünülmüş olmasına karşın, değerlendirme pratiği ve protokolleri ailelere ve çiftlerde de kullanılmak üzere genişletilmiştir (Krishnamurthy ve arkadaşları, 2004; Sperry, 2004).

◇ UYGULAMA VE EĞİTİMDE PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Bir klinik psikoloğun çalışmalarının ne kadarı değerlendirme faaliyetlerine ayrılır? Klinik psikologların klinik değerlendirmeleri yürütmek için harcadıkları zaman yıllar içinde bazı değişikliklere uğramıştır; ancak değerlendirme, klinik psikologlar için klinik pratik ve araştırmanın odağı olmaya devam etmektedir. Tedavinin sağlanması sonrasında, klinik değerlendirmenin klinik psikologlar için en sık ikinci aktivite olduğu tespit edilmiştir (Meyer ve arkadaşları, 1998). Örneğin, İngiltere ve Kuzey Amerika'da klinik psikologların yaklaşık olarak % 90'ının değerlendirmeyle ilgili aktivitelerin bazıları ile ilgilenmelerine karşın klinik psikologların çeşitli anketleri (e.g.,Lucock, Hall, ve Noble, 2006; Norcross, Karpiak, ve Santoro, 2005) değerlendirmek için zamanlarının % 13-15'ini harcadıklarını ve tahmin edilmektedir. Ayrıca, değerlendirme, klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerinin eğitiminde en önemli aktivite olarak görülür ve klinik psikoloji için "Yeterlilik Konferansında" eğitimin hedefleri ve yönleri vurgulanmıştır (Yeterlilik Konferansı: Profesyonel Psikolojide Eğitim ve Yetkilendirmede Geleceğin Yönü). Her uygulayıcı psikoloğun psikolojik değerlendirme eğitimine tabi tutulmaya devam etmesi konusunda geniş bir fikir birliği vardır (Krishnamurthy ve arkadaşları, 2004).

Yetkinlikler Konferansında, psikolojik değerlendirmeler "tüm sağlık hizmetlerinde uygulama yapan psikologlar farklı alandaki uzmanlar için gerekli olan" **temel yetkinlik** (uzmanlık alanları) olarak belirlendi (s. 732). Bu yetkinlikler yalnız klinik psikolojide değerlendirme becerilerini geliştirme eğitimi gerekliliği ve geniş bir kapsama örneği sağlamamaktadır; aynı zamanda lisansüstü bilgi ve becerilerin geliştirilmesinde de odak noktası olmaktadır.

Klinik psikoloji yüksek lisans müfredatının çoğunluğu psikolojik değerlendirmeyi içerir ve yüksek lisans öğrencileri sadece mevcut tanı koyma sistemlerinde kriter tabanlı eğitilmezler aynı zamanda test yapımı, yönetimi, puanlaması, psikopatoloji, normal davranış ve tedavi bilgisine dayalı değerlendirme materyallerinin yorumlanması ile ilgili de eğitilirler. Ayrıca, kişilerin zorluklarının doğasını anlamaya yarayan, ilgili datanın sentezini vurgulayan eğitim vardır (Krishnamurthy ve arkadaşları, 2004). Belirli odaklar veya değerlendirme vurgusu programın teorik oryantasyonuna bağlı olmasına karşın, okulların çoğunun müfredatında bulunan klinik değerlendirme;

görüşme, davranışsal gözlem ve objektif ve projektif test temelli staj uygulamaları bulunmaktadır (Childs ve Eyde, 2002).

DEĞERLENDİRMENİN AMACI

Psikolojik değerlendirmenin birbirine bağlı iki amacı vardır. İlk amaç, bireyi, çifti veya aileyi anlamaktır; bireyi, çifti veya aileyi ilgilendiren psikolojik sorunları anlamaktır. Bu, belirli bir hasta, çift ya da ailenin zorlukları ile belirli, detaylandırılmış ve kendine özgü bilgiyi ve zorluklar veya zorlukların tedavisiyle ilgili diğer bilgileri sağlayan bir değerlendirmedir, bu bireysel farklılıkları araştıran **(idiyografik)** bir yaklaşım olarak bilinir. Bireyi araştıran yaklaşımlar, tipik olarak klinik bağlamda yapılır ve çoğunlukla psikotanısal ya da tedavi-planlama amaçları için kullanılabilir. Örneğin, depresyona sahip bir kişinin değerlendirilmesi belirli birey için, depresyonun şiddetini, türünü tespit etmek için yapılmalıdır: Semptomların kendine özgü doğası (örneğin, iki kutuplu depresyona karşı tek kutuplu depresyonun; hafif, orta veya ciddi semptom şiddeti; vb.); depresyonun potansiyel nedenleri (örneğin, özellikle biyolojik belirtiler, depresyonun aile öyküsü, stresli yaşam olaylarının çokluğu, kişilik özelliklerinin depresyona yatkınlığını ortaya çıkarması); depresyonu sürdüren faktörler vb. (örneğin, kronik stresin varlığı, yetersiz sosyal ağ).

İkinci değerlendirme yaklaşımı bilimsel bir yaklaşım olarak bilinen **nomotetik** yaklaşımdır. Bu yaklaşımda birey, çift, aile üzerine odaklanmak yerine değerlendirmeler bireylerden oluşan gruplarla ilgili geniş konuları veya problem çeşitlerine ait yapıları ve tedavi yaklaşımlarını anlamak amacıyla yapılır. Bireyi araştıran idiyografik yaklaşım doğrudan klinik çalışmalarda kullanılır; oysa, bilimsel (nomotetik) yaklaşım insanların mevcut olduğu çiftler veya ailelerle ilişkili olan, diğer ilişkili klinik değişkenlerin tedavi sonuçları, etkililiği veya süreci gibi belirli değişkenlerin nasıl olduğunu anlamak amacıyla araştırmalarda kullanılma eğilimindedir. Örneğin, bazı aile ortamlarının genel olarak şizofreni semptomlarının sürdürülmesine veya kötüleşmesine katkıda bulunup bulunmadığını tespit etmek için çeşitli aile ortamlarını ve şizofreni semptomlarının şiddetini, süresini ve yoğunluğunu ölçen psikolojik araçlar uygulanmalıdır.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMENİN ARAÇLARI

Klinik psikologlar, bireylerin sorunlarının değerlendirmesinde çeşitli araçlar kullanırlar. Psikolojik değerlendirmede araçların iki yaygın tipi görülebilir: test ve teknik. **Testler**, bireyin işlevselliğinin kendine özgü fonksiyonlarını ölçmeyi geliştirecek olan son derece güvenilir ve geçerli araçlar olarak düşünülebilir. Tipik olarak, hastalardan kendi davranışları (ne kadar üzgün hissettiklerinin derecelendirmesini yapmak gibi) ve bir veya daha fazla alanda puan üreten testler üzerine bilgi istenir. Bu puanlar, bireysel bir puanın normatif bir örneğine benzer ya da farklı olup olmadığını belirlemede normatif bilgiyle karşılaştırılabilir. Testler geliştirilirken, ölçümlerin hem geçerliğine ve hem güvenirliğine, özenle dikkat

edilmelidir. Bazıları Bölüm 7'de detaylı bir şekilde tanımlanan test örnekleri burada listelenmiştir:

1. Wechsler Zeka Testleri; Zeka veya bellek işlevlerini çok yönlü sınamayı içerir (Wechsler, 1997).
2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri 2, Kişilik özellikleri ve psikopatolojinin kapsamlı bir öz-bildirim ölçümüdür (Butcher, 1990).
3. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için kapsamlı bir psikolojik zorluklar ölçeğidir (Achenbach ve Edelbrock, 1992).
4. Davranışsal Öfke Tepkisi Ölçeği, kalp sağlığı ile ilgili araştırma ve tedavilerinde öfkeyle başa çıkına stillerininin çok boyutlu ölçümünde kullanılır (Linden, 2006).

Psikolojik değerlendirmedeki **teknikler**, hastanın kendi davranışlarıyla ilgili bildirimlerini zorunlu olarak içermeyen ve daima olmasa da sıklıkla normlarla karşılaştırılan ilgili klinik bilgiyi sağlayan araçlar olarak düşünülebilir. Yaklaşımın, hem hipotezi meydana getirme, hipotezi onaylama veya reddetme hem de tedavi sorunlarının çeşitliliğiyle bağlı bilgilerin oluşumunda klinisyen için önemli olan bilgileri sağlar. Bu araçlar, basit test puanları ve hastanın kendisi tarafından çok kolayca bağlanamayan ölçüm bilgilerini aştığı görülür.

Bu testler, basit test puanlarının ötesine geçmektedir böylece kolaylıkla hastanın kendisi tarafından erişilebilir olmayan bilgileri ölçmüş olarak görülebilmektedir. Kullanılan klinik teknik örneklerinden birkaçı şunlardır:

1 Yarı-yapılandırılmış veya yapılandırılmamış klinik görüşmeler
2 Tematik Algı Test veya Çizim Görevleri gibi projektif teknikler
3 İkincil raporlar
4 Anamnez alma
5 Davranış gözlemleri

Testlerin ve tekniklerin her ikisinin de faydalı ve yüksek kaliteli bilgi sağladığı ve her ikisinin de geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin büyük bir uzlaşı vardır. Eğer okuyucu ihtiyaç duyarsa; 3. Bölüm'de bulunan geçerlik ve güvenirlikle ilgili bilgisini yenileyebilir. Hem testlerin hem de tekniklerin kuvvetli ve zayıf yanları vardır. Örneğin, testlerin klinik çalışmalarda kullanılabilmesi için geçerlik ve güvenirlik düzeylerinin gösterilmesi gerekmektedir ancak bazen testlerin güvenirliği ve geçerliği çok yüksek olmasına karşın edinilecek bilginin derinliği oldukça kısıtlı olabilmektedir. Örneğin, sadece belirtilerin bir listesinin varlığını ölçen bazı belirti-derecelendirme ölçekleri, sadece belirtilerin şiddetinin düzeyi konusunda bilgiler sunmaktadır. Teknik bazen bilginin derinlik ve genişliğinin iyi bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilir ancak bazılarının ideal geçerlik ve güvenirlik düzeyinden daha azına sahip olduğu da görülmüştür. Örneğin, yarı-yapılandırılmış veya yapılandırılmamış klinik görüşmeler, çok kullanılsa da güvenirlik ve geçerliklerinin oldukça zayıf olduğu düşünülmektedir (Dougherty, Ebert, ve Callender, 1986). Son olarak aynı zamanda bazı değerlendirme araçlarının, test ve teknikler olarak dikkate alındığı eklenmelidir (Rorschach Inkblot Technique; Rose, Kaser-Boyd, ve Maloney, 2001).

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMENİN ÇEŞİTLERİ

Ruh sağlığı klinik değerlendirmesi için en kapsamlı yaklaşımlardan biri başlangıçta Menninger Vakfı'nda geliştirilen çalışma dayanmaktadır (Rappaport, Gill, ve Schafer, 1968) ki bu çalışma psiko-tanılama olarak adlandırılmıştır. Psiko-tanılama, sadece bir tanı veya belirti tablosunu belirleyen bir işlem değildir. Bireyin benzersizliği ve onun varlıkları, sorumlulukları, güçleri, savunmaları, çatışmaları, belirtileri, yatkınlıkları vb. ile ilgili kapsamlı bilgi sağlamak için ve tedavi planlamasında problemlerin doğası ve odağıyla ilgili önemli bilgiyi sağlamak için, psikolojik testlerin ve araçların ikisinin de kullanıldığı bir süreçtir. Kişinin savunmaları, çatışmaları, hastalığının belirtileri, kişiliğinin güçlü ve zayıf yönleri hakkında kapsamlı bilgi vermek, sorunların kökeni ve tedavi planlaması için önemli bilgilere ulaşmak için kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, çoğu klinik değerlendirmelerde takip edilen şablonu sağlamıştır.

Psikolojik değerlendirme için değişik türde ve sayısız amaç vardır. Burada klinik psikologların gerçekleştirdiği sayısız türde değerlendirme özetlemekteyiz. Sonra gelen bölümlerde bunların birkaçı ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bu değerlendirmelerin genellikle birleştirildiği ve bu değerlendirmelerin çoğunluğunun sık sık aynı testler ve teknikleri kullandığı belirtilmelidir. Dahası değerlendirmeler, birey için klinik sorunları anlamak için bireysel farklılıkları araştırmayı amaçlar ya da daha genel prensiplerin anlaşılması amacıyla nomotetik amaçlar için yapılabilir. Bu değerlendirmeler çocuk ve yetişkinlerin ikisi için de kullanılmaktadır.

1. **Psikotanısal değerlendirme:** Bu değerlendirme türü, kişilik değişkenleri, belirti tablosu, çevresel etkiler, altta yatan çatışma ve dinamiklerini içeren kişilik yapısı gibi konular ve hastanın mücadele ettiği psikolojik problemlere katkıda bulunan diğer sorunlar üzerinde durmaktadır. Bu da çoğu zaman ya belirlenmiş resmî bir tanıyı ya da tanı izleniminin tarifini ve problemlerin doğası ve potansiyel nedenlerinin yanı sıra önerileri de içerir (Wolber ve Carne, 2002). Değerlendirme, psiko-tanısal bir değerlendirmenin bir örneği olan birinci vakada tanımlanmaktadır.

2. **Bilişsel/Zihinsel:** Bu değerlendirme yaklaşımı, entelektüel ve zihinsel fonksiyonların belirlenmesi ile ilgilidir. Güçlülük ve pasifliklerini ikisine de odaklanmaktadır. Bilişsel değerlendirme belli bir tipi, beyin hasarlı bireylerde entelektüel, bilişsel ve davranışsal güçlülük ve beynin fonksiyonlarının pasifliklerini belirleyen nöropsikolojik değerlendirme olarak bilinir.

3. **Davranışsal:** Davranışsal değerlendirmede, psikolojik veya davranışsal problemler için önceki, kuvvetlendirici hikâye ve sürdürücü sorunları belirleme girişimi vardır. Odak hastanın davranışının çevresel belirleyicileri üzerine olma eğilimindedir. Örneğin, klinik psikolog, içki içme davranışına, durumuna veya içme arzusunu etkileyen stresörlere etki eden kendine özgü içme davranışı, işaretleri veya bağlamını değerlendirme üzerine odaklanmalıdır.

4. **Sağlık:** Sağlıkla ilgili değerlendirmeler konusuna gelince, klinik psikolog, bir hastanın fiziksel sağlık durumunu etkileyen davranışlarını, kişilik yapılarını ve çevresel özellikleri belirlemeyi çalışır. Örneğin hipertansiyona katkısı olan etkileri değerlendirirken, stres tepkilerinin yönetiminde ve kişiler arası sorunlarla ilgili bilişlerde, öfke stilleri ve düşmanlık düzeyleri, yetenek ve güçlülüğü belirlemek üzerine bir odak vardır.

5. **Psikofizyolojik:** Değerlendirmenin bu türünde, odak, fiziksel ve psikolojik sağlık problemlerinin faktörleri olan kalp ritmi, deri sıcaklığı veya kas kontrolü gibi psikolojik süreçlerin değerlendirilmesi üzerinedir. Örneğin, cinsel suçluların değerlendirilmesi ve tedavisinde, uyaranların belirli türüne tepki vermede cinsel uyarılma değerlendirmesi yapılabilmektedir.

6. **Rehabilitasyon:** Rehabilitasyon değerlendirmesinde, klinik psikolog, psikolojik veya fiziksel yaralanmayı izleyen bireylerin fonksiyonel kapasitesini belirlemeyi dener. Bu, kafa yaralanmasını izleyen bilişsel değerlendirmenin veya travmatik bir deneyimi takip eden daha geniş işlevsellik değerlendirmesinin şeklini alabilir.

7. **Adli:** Adli değerlendirmelerde, klinik psikologlar suç davranışı, tekrar suç işleme olasılığı ve suç davranışına ilişkin sorunların tedavisine katkısı olabilecek faktörlerin değerlendirilmesini yapmaktadır.

Değerlendirmenin bu türlerinin her birinde, klinik psikolog, geçerli ve güvenilir bir biçim içerisinde bilgileri bir araya getirme, hipotezleri geliştirme ve test etme, sorun veya zorlukların kalıcılığı ve problemin gelişimini ve doğasını anlama ve iyileştirme ve tedavi için öneriler sunmaya çalışır.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMENİN HEDEFLERİ

Klinik psikologların teorik yönelimlerine bağlı olarak ve değerlendirme türlerinden kaynaklanan bazı farklılıklar olmasına karşın, klinik değerlendirmenin burada listelenen bir takım büyük hedefleri vardır:

Sorunu açıklama
Formülasyon
Hastalığın seyri (Prognoz)
Tedavi sorunları ve öneriler
Terapötik bağlamın hazırlığı
Bulguların bağlantısı

Sorunu Açıklama

Klinik psikoloğun en önemli uğraşı, tabii ki, yardım isteyen kişi için sorunla ilgili detaylı bilgiye sahip olmaktır. Sorunların doğası ile ilgili detaylandırılmış, tanımlayıcı özelliklerin ve bilgilerin oluşturulması gerekmektedir. Sıklıkla, bu, var olan sınıflandırma sistemlerin birinden kaynaklanan formel bir tanıyı oluşturma formunun veya formel bir tanı olmaksızın tanı tablosunun betimlenmesi şeklini alır. Örneğin, bir birey, *DSM-IV-TR* veya ICD-10 tanı kriterlerinden biri ya da daha fazlasıyla tutarlı davranışlar (sinyaller, belirtiler ve/veya sendromlar) sergileyebilir. Aslında belirlenmiş bir tanı ya da tanıları içerebilen değerlendirmenin türleri, psiko-tanısal, entelektüel, nöropsikolojik ve adli değerlendirmedir. Oysa değerlendirmenin diğer türleri çoğunlukla, örneğin davranışsal

gibi tanısal bir etiket sağlanması yerine sorunların detaylandırılmış tanımıyla daha çok ilgili olabilir (ayrıntılı bilgi için Bölüm 9'a bakınız).

Tanı, klinik değerlendirmede önemli bir bileşen olmakla birlikte, genellikle sadece ilgili bileşeni olduğu düşünülmektedir. Bu sadece yanlış değildir aynı zamanda bilginin ve kritik klinik bilgi elde etmek için ek fırsatların kaçırılmasını göstermektedir. Bazı klinisyenler /araştırmacılar tarafından tedavinin belirlenmesi için tanı koymanın önemli ve yeterli olduğu görülmektedir; bazı klinisyenlere göre ise tanı koymak neredeyse tamamen alakasızdır ki bu klinisyenler psikolojik problemlerin diğer nedenlerinin tanıdan daha önemli olduğunu düşünmektedirler. Örneğin, kesin tedavinin görgül olarak geçerliğine ilişkin birçok araştırma, uygun tedavinin belirlenmesi için yeterli tanımlayıcı bir özellik gibi Eksen I tanısı yayınlanmıştır. Tanının bu sürecinde, temel bir varsayım, psikolojik bozukluğun değişmezliğinin var olduğudur. Diğer bir deyişle, çeşitli bozukluklar için sayısız tanı kriteri var olsa ve bireyler tanı almak amacıyla kriter maddelerinin kesin bir sayısına sahip olmak zorunda olsa da varsayım değişmez, bireyler belirtilerin değişik madde bileşenlerine sahip olsa bile depresyon hâlâ depresyondur. Bu, klinisyenler ve araştırmacılara güncel terminoloji kaynaklı çeşitli tanısal varoluşları tartışmaya izin veren o varsayımdır. Öte yandan diğer klinik psikologlar tanıyı, tedaviyi belirlemekte önemli ancak yetersiz olarak görmekteler. Aslında hastalığın tanısal ismine odaklanmaktan daha çok uygun tedaviyi belirlemekte kişilik, kişiler arası ve aile ilişkileri, bilişsel/entelektüel yetenekler, çevresel değişkenler vb. gibi değişkenlere odaklanmışlardır (Hewitt ve ark., 2008). Buradaki varsayım, tanı, klinisyeni kişiyle ilgili bilgilendirmez fakat yerine tanısal varoluşun varlığı ya da görünüşüyle ilgili bilgi sağlar. Sıklıkla, kişi hakkındaki bilgi ve onun özellikleri ve dinamiklerinin uygun tedavi seçimi ile daha ilgili olduğu görülmektedir (Blatt, Auerbach, Zuroff, ve Shahar,2006).

Tanının, değerlendirmenin en önemli hedefi gibi görünüp görünmediğine bakmaksızın nozolojiye (hastalıkları sınıflandırma bilimi) dayalı tanı, değerlendirmenin genel bir amacıdır. Örneğin; biri, *DSM-IV-TR*'ın farklı eksenleriyle ilgili bilgi toplamak istiyor. Bu, yapılandırılmış bir klinik görüşmeyi kullanma şeklini ya da büyük olasılıkla yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış bir klinik görüşmeyi kullanma şeklini ve mümkün olduğunca davranışsal ve psikolojik teknikler gibi objektif test ve projektif teknikleri, kullanma biçimini alabilir (Kutu 6.1).

Klinik değerlendirmedeki tanı ile ilgili zorluklardan biri, tedavi veya değerlendirme yapılan kişilerin tamamının herhangi belirli bir psikolojik bozukluk için tanı kriterlerine uygun olmayabileceğidir. Pek çok sayıda kişi, psikolojik problem ve üzüntülerini kabul edecek ve bozuklukların güncel tanımları için kriterleri karşılamayan bazı zorlukları için psikoterapi veya tedavi arayışına gireceklerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Bu, bu kişilerin psikolojik acısı olmadığı veya tedavi için uygun olmadığı anlamına gelmemektedir. Daha önce belirtildiği gibi, tanıyla ilgili bir diğer potansiyel zorluk, tanıyı oluştururken, uygun tedaviyi belirlemek için en önemlisi "tanı ile ilişkili bilginin" temin edilmesi değildir. Genellikle tanı dışındaki faktörler uygun tedavinin belirlenmesinde büyük rol oynayacaktır. Örneğin, kişinin şu anda ne kadar sıkıntılı olduğu, hastalığın kronikliği, kaynakların durumu ve güçlülük gibi konularda; hastaya, uygun tedavi önerilerinin belirleyicileri olabilir.

KUTU 6.1

DSM-IV TANILAMA ÖRNEĞİ

Aşağıdaki örnek, beklenmedik bir iş kaybı sonrasında bir süre için önemli depresif özellikler yaşayan bir hastanın çok eksenli tanısını oluşturmaktadır. Üstelik, o "içeriden çürüyor" olduğu şeklindeki bir inançla karakterize olan sanrısal düşünceleri de deneyimledi. Daha da ötesi, bu hastada depresyon belirtilerini etkileyebilecek "bir tiroid durumundan şüphe edildi. Tanısı aşağıda sunulmuştur:

Eksen I	296.23	Majör depresif epizod, şiddetli psikotik özelliklerle uyumlu ruh hali ile
Eksen 2		Tanı yok, bağımlı kişilik özellikleri
Eksen 3	244.9	Sonradan kazanılan hipotiroidizm
Eksen 4		Güncel işsizlik
Eksen 5	GAF = 40 (Başvuru düzeyinde)	
	GAF = 90 (En üst düzeyde geçen yıl)	

Değerlendirmelerin hepsi tanıyı oluşturmaz. Çoğu, zorlukların doğasının detaylandırılmış betimlemelerini vurgulayabilir. Bu öyküleme tarzında tanımlama şeklini alabilir veya semptomların varlığının bir çeşit göstergesi ya da psikolojik zorlukların işaretleri olabilir. Örneğin, davranışsal değerlendirme, detaylandırılmış tedaviyle ilgili bilgi veren davranışın çeşitli bileşenlerinin detaylandırılmış tanımlamasını sağlayan tekniklerin değerlendirmesini içerir (Ciminero, Calhoun, ve Adams, 1986).

Formülasyon

Sorun yorumlama, mutlak potansiyel nedenleri, sürdürücü faktörleri veya tedavi ile ilgili sorunları anlamak için klinik psikoloğa doğrudan bazı önemli konularla ilgili bilgi vermek zorunda değildir (Blatt ve arkadaşları, 2006). Böylece, değerlendirmeyi yürütürken, klinik psikologların ek ilgi alanı **formülasyon**dur. Formülasyon, nedenleri, sürdürücü faktörleri, sorunların veya zorlukların oluşumu ve devamını etkileyen konularda etkileşimini belirlemek için girişimleri içerir. Bireye, çifte veya aileye özgü problemlerin nasıl sürdürüldüğü ve üretildiği; psikolojik, çevresel ve kişiler arası ve belirli bireysel ve diğer faktörlerin bir başkası ile etkileşimini birbirlerini nasıl etkilediği görülür ve bu bilgi uygun tedavinin belirlenmesini temin eder ve kılavuzluk eder. Formülasyon, değerlendirmenin farklı türlerine de ters düşer ancak aslında, yaklaşık olarak değerlendirmenin bütün formları kişilerin nasıl ve neden bu zorlukları geliştirdiğini ve ne tür değişkenlerin ve durumların zorlukları sürdürdüğünü ve şiddetlendirdiğini belirlemeye çalışırlar. Bu, kişisel karakteristikleri, nite-

likleri ve davranışları belirlemenin yanı sıra kişiler arası ilişkileri, tarihsel bilgiyi ve çevresel sorunları içerir.

Formülasyonlar genellikle işleyişin bileşenlerine odaklanan ve diğerlerini dışında tutan klinik psikologların teorik oryantasyonuna dayanır. Örneğin, davranışsal yönelimli bir klinik psikolog, muhtemelen pekiştirilmiş hikâyeleri ve güncel pekiştirici olasılıkları anlamaya çalışacaktır; oysa bilişsel-davranışçı yönelimli olan bir klinik psikolog işlevsel olmayan bilişleri, öz-bildirimleri ve işlevsel olmayan tutumları anlamayı isteyecektir (Beck ve arkadaşları,1979). Son olarak, psikodinamik yönelimli bir klinik psikolog, muhtemelen geçmiş kişiler arası ilişkilerin hikâyesi, kişiler arası stillerin gelişimi ve oluşumu ve güncel ilişki biçemleri üzerinde duracaktır (McWilliams, 1999).

Vaka formülasyonu her zaman psikodinamik tedavinin temel taşlarından biri olarak psikodinamik terapistler tarafından vurgulanmıştır ve davranış terapisinde, fonksiyonel bir analiz benzer bir amaca hizmet etmiştir. Örneğin, bir psikodinamik vaka formülasyonun amacı "belirli bir kişi için psikoterapinin yararlı olma olasılığını artırmaktır" (McWilliams, 1999, s. 11). Bu, bireysel zorlukların dinamik ya da bütüncül doğasının anlayışına sahip olmak için bir kişinin bilgisini, bilişlerini, heyecanlarını ve davranışlarını organize ettiği kendine özgü yolu anlama girişimidir. Son zamanlarda, tedaviyi kolaylaştırmak için, daha kapsamlı vaka formülasyonları için bilişsel-davranışçı yazına bir ilgi vardır, özellikle karmaşık vakalarda bu kılavuzla yürütülen tedavilerde uygun olmayabilir (Persons, 2006). Vaka formülasyonu bir bozukluğun sürdürülmesi ve oluşumuyla ilgili varsayılan geçici yargıların oluşturulmasının denemesinde değerlendirmenin karmaşık bir bileşeni olmasına karşın (Garb, 1998) özellikle tedaviye uyumda son derece uyumlu bilgi sağlar (Kutu 6.2).

Daha önce tartışıldığı gibi, belirti, tanısal varoluşun tek biçimli olduğunu varsayar; oysaki formülasyon semptom örüntülerini, semptomların nedenleri ve gelişim yollarını, bireyin kişiliğini, baş etme biçimleri ve savunmalarını ve bağlamı bütün kişisel süreçleri veya bireysel farklılıkları gösterme biçimini göz önüne alır. Bu yüzden formülasyon insanı içerir; tanı tanısal yapıyı içerir. Bazı potansiyel zorluklar veya sorunlar ki, bunlar formülasyonu etkileyen gerçeklerdir. Bu gerçeklerin teorik yönelimleri farklıdır ve bu yüzden farklı davranışları, sürdüren farklı faktörler vurgulamaya temel olabilir. Daha da ötesi, insan davranışlarının karmaşıklığı; bu yüzden tamamlanması ve sıklıkla bütünleştirilmesi ve ayrılması gerekliliği ve bulgularının çelişkili olması formülasyon yapmakta güçlüğe neden olmaktadır.

Formülasyonda ne tür bilgiler kullanılır?

1. *Bireye özgü sorunlar* (örneğin, motivasyon, dinamikler, öğrenme geçmişi, bilişsel stilleri, kişiler arası stilleri, pekiştirme öyküsü).
2. *Kişiler arası sorunlar* (örneğin, ilişki kurma yeteneği, sosyal ağ, samimi ilişkiler).
3. *Çevresel sorunlar* (örneğin, travma veya diğer olayların türü, kişinin yaşadığı mevcut durum, ilişkilerin varlığı, geçmiş ve güncel aile çevresi, uyumsuz davranışı destekleyebilen olaylar).

KUTU 6.2

BIR PSIKODINAMIK FORMÜLASYON ÖRNEĞI

Annesinin ölümünün ardından derin bir depresyon ve intihar eğilimleri yaşayan bir hastanın yazarlarından biri tarafından yapılmış tedavisinden bir alıntı aşağıda sunulmuştur. Hastaya verilen formülasyon:

> Bir zaman diliminde siz 5 yaşınızdayken annenizden ayrıldınız, bu yüzden yalnız çok acı çekmiyorsunuz, ayni zamanda dünyada olmanın yolu da bu gibi görünüyor. Onunla tekrar bütünleştiniz; bu sizin için bir obsesyon oldu ya da sizin için yaşamın bir yolu oldu, ondan bir kez daha asla ayrılmamaya çalıştınız. Böylece ondan tekrar ayrılmamayı garantiye almak için, tüm koşullarda onun mükemmel kızı olmaya çalıştınız ve büyüdüğünüzde daima ona çok yakın olmaya ihtiyaç duydunuz. Muhtemelen bu, nedenle denediğiniz her şeyde mükemmel olmaya çalıştınız; onunla ayni kariyeri seçtiniz, onunla aynı iş alanını seçtiniz ve siz ve kocanız yaşamak için onun bitişiğinde bir ev seçtiniz. Mükemmel olmak ve onunla yakınlık kurabilmek, sizin hayatınızdaki en önemli motivasyon sağlayıcı faktör ve mükemmeliyetçiliğinizde taşıyıcı bir güç olmuş gibi görünüyor. Şimdi anneniz vefat ettiğinden, siz derin bir keder, umutsuzluk, çaresizlik, başarısızlık duygusu ve ondan asla ayrılmama konusundaki yetersizliğin depresyonunu yaşıyorsunuz. Depresyonu bırakmaya, durdurmaya gücünüz yetmiyor. Depresyonu durdurmanın mümkün olmadığını biliyorsunuz. Size bu mantıklı geliyor mu?

4. *Süreç ile ilişkili sorunlar* (başka bir ifade ile, klinik bir bağlamda kişi ile ilgili değişkenler, tedaviye katılmak için açıklık, motivasyon ve gönüllülük gibi görüşmede sergilenen davranışları içerme, psikoterapistle etkileşimde kaygının düzeyi).

Hastalığın Seyri ve Tedavi Sonucu

Hastalığın seyri **(prognoz)** terimi, bir bozukluğun beklenen seyri ve bozukluktan beklenen iyileşme derecesi ve hızı anlamına gelir. Bu bileşen, tedaviyle ya da tedavisiz sorunların kötüleşmesi ya da daha iyiye gitmesi açısından neyin beklendiğini belirlemeyi gerektirmektedir. Değerlendirmenin önemli bir bileşeni, zorlukların iyiye gitmesi ya da kötüleşmesiyle ve geçerli tedavi seçeneklerinin potansiyel etkileyiciliğiyle bağlantılı beklentiler açısından zorlukların muhtemel sonuçları üzerinde bilgi sağlamaktır. Tedavinin görgül geçerliği üzerine son yapılan araştırmalar, *DSM-IV-TR* Eksen I bozukluklarında değerli bilgi sağlamakta ve potansiyel sonuçları belirlemede yardımcı olmaktadır. Diğer yandan, çalışmanın bu türünde tipik olarak seçilen grupların dikkatlice tanılandırılması, eğer varsa küçük bir eş hastalık olması ve baş etme stratejileriyle ilgili kontrol etme çalışması sebebiyle hastalığın seyrinin sadece teşhis bilgisiyle ne tür bağının olduğunun açık olmasının gerekliliği yoktur. Klinik psikoloğun psikopatoloji, elde edilmiş formülasyon, bireyin psikopatolojisin doğası ve diğer psikolojik problem ve sorunları, değerlendirme-

nin sonuçlarını, dostça ilişki kurma, uygun kaynakların vb. bilgisine bağlı olarak, klinik psikolog hastalığın seyri ve uygun tedavi seçenekleriyle ilgili profesyonel yargısını oluşturur. Açık olarak, hastalığın seyriyle ilgili yargı oluşturulurken çok sayıdaki değişkenin dikkate alınmasına ihtiyaç duyulur.

Bozukluğun kendisine ek olarak, diğer sorunlar hastalığın seyrini etkileyebilir. Örneğin, daha iyi olına motivasyonu, terapotik bağlılığı oluşturma yeteneği, tedavinin uygunluğu, sosyal ve ailesel destek ve para durumunun hepsi hastalığın seyrine etki edebilir.

Tedavi Önerileri

Klinik değerlendirmenin en büyük amaçlarından biri zorluğu ve zorluğun neden oluştuğunu belirlemek olmasına karşın, nihai hedef, kişinin deneyimlediği zorluklar için uygun tedaviyi kolaylaştırmaya çalışmaktır. Değerlendirme, elbette ki, uygun tedavi için ve tedaviye müdahale edebilen ve terapiye özellikle yardımcı olabilen konuları belirlemek için değerli bilgi sağlar. Klinik psikoloğun etkili tedaviyle ilgili bilgisine bağlı olarak teşhis ve formülasyon, potansiyel uygun tedaviyle ilgili değerlendirme bilgisi verir. Üstelik, kişinin işlevselliğinin çeşitli görünümleri, sadece hangi tedavi seçeneklerinin uygun olduğuna; ne tür konuların klinisyenin eğitimi için ilgi çekici olabileceğine veya hangi konuların tedavide olumsuz bir etkiye sahip olabileceğine riayet etmeyle ilgili bilgi sağlayıcı olabilir. Örneğin, kişinin ilişki oluşturabilme kapasitesinin ve öyküsünün olup olmayacağı konusundaki bilgi, terapotik bağlılığın kurulup kurulmayacağında güçlü şekilde etkili olabilir. Çünkü iyi tedavi sonuçlarının alınmasında terapotik bağlılığın temel öneme sahip olduğu görülür (Rogers, 1961), bu çok önemli bir bilgidir. Bunun yanında, otorite figürleriyle zorluk, bağımlılık, aşırı düşmanlık, pasif-agresif kişiler arası davranış veya daha iyi olmak için duyulan arzu gibi kişiler arası stillerin hepsi tedavide etkiye sahiptir (bk. Bergin ve Lambert, 1978). Tedavi önerilerinin önemli bir bileşeni, coğrafi alanda tedavi seçeneklerinin ulaşılabilir olmasıdır. Hastayla bağlantı kurmak için imkânsız olan tedavileri tavsiye etmek mantıklı değildir.

Ayrıca, tedavi tavsiyesi, zeka, kaygı ile baş edebilme ve psikolojik düşüncelilik gibi faktörlerden etkilenebilir. **Psikolojik düşüncelilik**, bireyin kendini içsel yaşamını gözlemleme, davranış örüntülerini görme ve içgörü geliştirme becerileri demektir. Bazı insanlar daha kırılgandır ve kaygı veya diğer heyecanları ile diğerleri gibi baş edemeyebilirler. Bu kavram, **ego-gücü** olarak adlandırılır ve psikanalitik teoriden türetilmiştir. Çoğu psikolojik sorunun tedavisi, duygusal deneyimlere ve bir miktar kaygıya neden olur. Acaba, tedavi, bir korku nesnesine davranışsal bir maruz kalmayı mı (örneğin, örümcek korkusu için tedavi görme) yoksa kişilik bozukluğunun uzun dönemli tedavisi ile mi ilgilidir? Tedavi süreci hasta için pek çok kaygılı anlara neden olur. Böylece, gerektiğinde hasta, belirli düzeyde kaygı ile ve diğer duygusal durumlarının tedaviye katılması ile tedaviden yararlanabilir. Ayrıca, hastanın bağlamı konu ile üst düzeyde ilişkilidir. Örneğin, klinik psikolog, bir çocuğun deneyimlediği bazı davranışsal zorlukları iyileştirmek için davranışsal bir program önerecekse izlenecek süreçle ilgili olarak ebeveynlerle, sorumlulukların yerine getirilmesi sırasında iş birliği ve sözleşme yapmaya ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden kişinin çevresel bağlamı, sorunların uygun tedavisi için çok önemlidir.

Bir Terapotik Bağlamın Hazırlığı

Bir değerlendirmede, kişiyi değerlendirirken katılımcı, olumlu terapotik deneyim oluşturmak çok önemlidir (Groth-Marnat, 1990). Psikolojik değerlendirme, genellikle tedavi veya terapiden ayrı bir aktivite olarak görülse de hasta için değerlendirme sürecini anlamak terapotik olabilir (Hilsenroth Cromer, 2007). Örneğin, değerlendirme, genellikle hastanın maruz kaldığı ilk klinik girişim olabilir ve değerlendirmeyi yürüten klinik psikolog, kişinin temas kurduğu ilk klinisyen olabilir. Bu, klinik psikoloğun kişiye iyi bir klinik sonuca ulaşabilmesi amacıyla iletken olan bir atmosfer yaratabilmesi için önemli bir fırsat sağlar. Kuşkusuz klinik psikolog, terapiyi yürütürken, görüşme ve test yaparken sıcak, açık, yargılayıcı olmayan ve profesyonel tutum vb. klinik bir duruş sergilemelidir. Klinik duruşun bu türü, insanlara çok yararlı olarak görülmektedir. Klinik girişimlerde olumlu ve iyimser bir tutum oluşturmak var olan probleme yardımcı olmak çok önemlidir; klinik uygulamalarda iyi sonuçlar elde edebilmek için umut ve iyimserlik sağlanmalıdır (Frank, 1973).

Bulguların Hastalara ve Sevk Eden Kişilere İletilmesi

Bir psikolojik değerlendirme tipik olarak hem hastanın hem de hastanın zorluklarıyla ilgili özgül sorulara cevap bulmak isteyen bir sevk eden profesyonelle başlar. Klinik psikolog, sevk kaynağıyla hastanın bulgularını bağlantılandırır. Bu tipik olarak problemi, formülasyonu, hastalığın seyrini ve tedavi önerilerini özetleyen bir psikolojik bildirim (psikolojik bir bildirimin tanımlaması için bk. Kutu 6.3) şeklini alır.

KUTU 6.3

PSİKOLOJİK BİR BİLDİRİM ÖRNEĞİ

Aşağıdaki Wolber ve Carne'nin sunduğu psikolojik bir bildirimin örneği bulunmaktadır. Öğrenci, resmî bir DSM-IV-TR veya ICD-10 teşhisi konmamasına karşın, psikoloğun tanısal izlemini detaylı şekilde tanımlamıştır.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMEDE GİZLİLİK

NAME: Jane Q. Patient	MESLEK: İşsiz
DOĞUM TARİHİ: 8/26/73	EVLİLİK DURUMU: Bekar
YAŞ: 28	SEVK EDEN: H.E. Goode, PhD, Klinik Psikolog
CİNSİYET: Kadın	DEĞERLENDİRME TARİHİ: 9/21/01

Sevk için Nedenler

Bayan Jane Q. Patient, vakanın terapisti klinik psikolog Dr. H.E. Goode tarafından psikolojik değerlendirme için sevk edildi. Dr. Goode Bayan Patient'ı uyku ve iştah problemleri deneyimlediği ve odaklanma problemi şikâyeti yaşadığını ifade etmiştir. O hastanın ağlayarak konuştuğunu ve zamanın çoğunda üzgün hissettiğini belirttiğini ifade etmiştir. Dr. Goode aynı zamanda Bayan

(devam ediyor)

KUTU 6.3 (DEVAMI)

Patient'in sesler duyduğunu bildirmiştir. Dr. Goode, psikoz ve majör depresyon arasındaki farkların değerlendirilmesinin yanı sıra psikodinamik faktörlerin aydınlatılmasına yardım edilmesini de rica etmiştir.

Hedefin Bildirisi Ve Gizliliğin Limitleri

Raporun hedefinin yanı sıra gizlilik limitleri de Bayan Patient'e açıklanmıştır. Ona raporun Dr. Goode'ye gönderileceği ve olasılıkla onun tedavisine yardım edeceği söylenmiştir. O, anladığını ve değerlendirmeye devam etmeyi kabul ettiğini belirtmiştir.

Değerlendirme Araçları ve Bilginin Kaynağı

Wechsler Yetişkin Zeka Skalası-Üçüncü Sürüm (WAIS-III); Kapsamlı Dizi Başarma Testi, Üçüncü Revizyon (WRAT-3); Bender-Gestalt; Minnesota Çoklu Kişilik Envanteri, İkinci Sürüm (MMPI-2); Rorschach Mürekkep Lekeleri Tekniği; Tematik Algı Test (TAT); Tamamlanmamış Kelimeler; Kinetik Aile Çizimi; vaka Jane Q. Patient, vakanın annesi ve babası Mary ve George Patient ile görüşme; vakanın terapisti klinik psikolog H.E. Goode ile konsültasyon, Central Country Hastanesinden vakanın tıbbi kayıtlarını dökümü, Sosyal Öyküsünün dökümü (MSW,4/24/2000).

Bilginin Arka Planı

Vakanın demografik ve gelişimsel öyküsü: Jane Q. Patient 28 yaşında, bekar, ebeveynleri Mary ve George Patient ile birlikte yaşayan Kafkasyalı bayandır. Annesi Bayan Patient'a göre vaka kolay bir şekilde doğmuş ve gelişimsel dönüm noktalarını yaşına uygun zamanda karşılamıştır. Bayan Patient ayrıca kızının birkaç tane arkadaşı olduğunu; genellikle "yalnız kalmayı tercih eden","fazla ürkek bir çocuk" olduğunu bildirmiştir. Bayan Patient, görüşmeye devam ettiğinde, yüksek okulda bir tane erkek akranı olduğunu ve bu ilişkinin de 6 ay içinde sonlandığını belirtmiştir. Bayan Patient, kızının fiziksel ya da cinsel bir istismarın mağduru olabileceğine de inanmadığını belirtmiştir. Kızı Bayan Patient da aynısını bildirmiştir. Bayan Patient'in 37 yaşında, yeni evlenmiş, söylendiğine göre iyi durumda olan kendinden büyük bir erkek kardeşi vardır. Onun eşi, ev hanımı ve kendisi emekli askerdir.

Ailesel Öykü ve Başlıca İlişkiler

Bayan Patient, çocuk sahibi olmadan evlenmeyecektir. Liseye kadar ikisi de kısa süren ilişkisi olmuştur. Bu ilişkileri "memnun edici olmayan ilişkiler" olarak tanımlamış ve "birçok soruna" sahip olmasına neden olan erkeklermiş. O ebeveynlerini "iyi" ama "mesafeliler" diye tanımlamıştır. Son zamanlarda yemeğe ve bir kere sinemaya gittiği bir arkadaşı olduğunu bildirmiştir.

Eğitim ve İş Öyküsü

Bayan Patient, lise mezunu olduğunu bildirmiştir. Ayrıca öğrenme yetersizliği olarak tanı almadığı ve özel bir eğitim sınıfına kabul edilmediğini de belirtmiştir. Notlarının iyi, çoğunlukla da A ve B olduğunu bildirmiştir. Annesi, Bayan Patient'ın okulda davranışsal bir sorunu olmadığını belirtmiştir ancak o "çoğunlukla kendi kendine kalırmış".

KUTU 6.3 (DEVAMI)

Bunun dışında, o, bir yıl için bandoda bir enstrüman çalmış ancak derslerine konsantre olmak için bando takımından ayrıldığını belirtmiştir. Bayan Patient, bir koleje kaydolmuş ancak 2 yıl sonra okula devam etmediği için "duygusal sorunları" yüzünden okulu bırakmıştır. O, şimdi işsizdir ancak sekreterlik, satış tezgahtarlığı, hukuk asistanlığı vb. işlere girmiştir. Onun en uzun işsizlik periyodu 6 aydır; halbuki annesi, çalıştığında onun gerçekçi ve bilinçli bir çalışan olduğunu belirtmiştir. O askeriyeden de herhangi bir şekilde fayda görmedi.

Tıbbi ve Psikiyatrik Öykü

Bayan Patient, annesinin de onayladığı gibi büyük bir tıbbi sorunu olmadığını bildirmiştir. Kendisi de annesi de Bayan Patient'ın felç, önemli kafa travması, diyabet, hipertansiyon ya da tiroid sorunu olmadığın belirtmişlerdir. Annesi "çocukken astım" olduğunu ama büyüyünce geçtiğini bildirmiştir. Bayan Patienet, çok kötü baş ağrılarının olduğunu, kafasında şimşekler çaktığını hissettiğini rapor etmiştir. Bayan Patient'ın yaklaşık olarak geçmişinde son 10 yıldır belgelenmiş psikiyatrik bir sorunu vardır. Onun tıbbi kayıtları, 1991 yılında onun kendine zara verme düşünceleri ile eşzamanlı duygusal problemler yaşadığını göstermektedir. O zaman, o, 30 gün için Central Country Hastanesine kaldırılmış ve tek major depresif epizod teşhisiyle taburcu olmuştur. O, bir anti-depresan olan Zoloft kullanmış ve bir toplum ruh sağlığı merkezinde takibi yapılmıştır. İlaç tedavisine uyumu ve terapiye hazır bulunması zayıf olarak tanımlanmıştır. Bayan Patient, 7/3/1997'de iki haftalık bir periyod için tekrar hastaneye kaldırılmıştır. O, açık bir intihar teşebbüsünde bulunmuş ve bileğini kesmiştir. Bu girişimi "ciddi" olarak tanımlanmış ve birkaç dikiş gerektirmiştir. Bayan Patient, H.E. Dr. Goode ile 3 aydır devam eden ayakta tedavi sürecine başlamıştır ve bugünlerde takip eden intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılmıştır (örneğin, tekrar bileklerini kesme).

Alkol ve Madde Öyküsü

Bayan Patient, onun tıbbi kayıtlarına ve annesine göre, "aşırı alkol almış" ve içki alemi yapmıştır. Bayan Patient, içki kullandığını kabul etmiş ancak "en fazla hafta sonları birkaç bira" içtiğini vurgulamıştır. Geçmişte marihuana denediğini belirtmiştir. Bunun dışındaki her türlü alkol/madde ilişkisini reddetmiştir.

Sevke Nede Olan Faktörler

Yukarıda belirtildiği gibi, Bayan Patient, son günlerde bir intihar girişimini takiben hastaneye yatırılmıştır. Terapisti, Dr. Goode, onun terapi randevularını kaçırdığını ve ilaçlarını almadığını bildirmiştir. Ayrıca, onu gördüğünde, onun odaklanma, uyku, iştah problemleri yaşadığının belli olduğunu ve çoğu zaman kendini üzgün hissettiğini belirttiğini bildirmiştir. Bundan başka, kendini küçümseyen doğasının sesini tekrar duyduğunu bildirmiştir (örneğin, "yaşamayı hak etmiyorsun"). Dr. Goode, Bayan Patient'i teşhisin aydınlatılmasına yardım etmek ve psikolojik dinamiklerin belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla psikolojik değerlendirme için sevk etmiştir.

Davranışsal Gözlemler

Bayan Patient, değerlendirme oturumuna zamanında ulaşmıştır. O, değerlendirmenin yapılacağı yere hastane kadrosunda olan bir ruh sağlığı teknisyeni tarafından getirilmiştir.

(devam ediyor)

KUTU 6.3 (DEVAMI)

O, temiz giyinmiş ve hijyeni iyiydi. Yaklaşık olarak 168 cm boyunda, 67,5 kg ağırlığındaydı. Bayan Patient'e değerlendirmenin amacı açıklandı. Ona, kendisinin psikolojik fonksiyonu ile ilgili bir rapor geliştirileceği ve sonuçların terapisti Dr. Goode ile paylaşılacağı ve muhtemelen hastanenin diğer çalışanlarının onun tedavisinde yardımcı olacağı söylendi. O anladığını ve değerlendirmeye devam etmeyi kabul ettiğini belirtti. Hasta, ondan istenen tüm test görevlerini tamamladı ve değerlendirmeyle uyum içindeydi. O, çok az göz teması kurdu, yumuşak ve tereddütlü sesle konuştu ve ona sorulmasının dışında az miktarda sözel konuşmayı tercih etti. O, yönergeleri kolaylıkla anladı ancak görevlere veya sohbete kendi kendine başlamadı. Periyodik olarak Bayan Patient, görevlere tekrar odaklanmak zorunda kaldı ve boşluğa gözlerini dikme eğilimindeydi. Kendiliğinden yorum yapmayı tercih ettiğinde, kendi kendisiyle ve hayatıyla ilgili kendini küçümseyen bir tutum içerisinde konuştu. Klinik görüşme boyunca, Bayan Patient, soruları cevapladı ancak hisleri ve düşünceleriyle ilgili bilgi sunmaya gönülsüz görünüyordu. Bayan Patient, bütün değerlendirme boyunca, sanrı ve varsanı gibi ağır şekilde uygunsuz bir davranış sergilemedi.

Entelektüel ve Bilişsel İşleyiş

Bayan Patient, zamanın, insanların, yerin ayrıca değerlendirildiği koşulların farkındaydı. Bayan Patient'in duyusal-algısal işleyişi, zaman zaman gözlük kullandığını bildirmesine karşın bozulmamış görünüyordu. Oysa o, zamanın çoğunda gözlüğe ihtiyaç duymadığını ve testle ilgili bilgileri görmede herhangi bir zorluğun ortaya çıkmadığını bildirmişti. Duygusal problemlerinin bir sonucu olarak konsantrasyon ve dikkatinin, zayıflamış olduğu ortaya çıktı.

Zekanın sınanmasında, Bayan Patient, 118 Sözel Zeka Bölümü, 102 Performans Zeka Bölümü ve toplamda 109 puan aldı. Bu onu Ortalama Zeka alanının üst sınırına yerleştirir. Alt test Ölçek Puanları aşağıdadır:

Sözel		**Performans**	
Bilgi	14	Resim Tamamlama	12
Benzerlikler	12	Resim Sıralama	11
Sözcük Dağarcığı	15	Küplerle Desen	9
Aritmetik	11	Resim Düzenleme	11
Muhakeme	12	Matris Düşünme	9
Genişlik Düzenleme	14		

Sözel ve Performans Alt testleri arasındaki 16 puanlık son bölümdeki motor yavaşlamaya bağlı olan psikomotor gecikmeden ve muhtemelen ilaç etkisinden kaynaklanan fark açıktır. Bu verilenler, Bayan Patient'ın zekasının potansiyel düzeyinin muhtemelen Yüksek Ortalama Düzeye gerilemesini kestirmektedir. Bayan Patient, birinin sözcük dağarcığını ve genel bilgi kaynaklarının yanı sıra sunulduktan sonra acilen materyali geri çağırmayı becerebilmeyi ölçmenin bulunduğu zeka testlerinin alt testlerinde, en yüksek puanı alınmıştır. O, bu testlerde ortalamanın üzerinde en önemli puanı alınmıştır. O, bir dereceye kadar, sözel soyutlama performansı, durumu, cevap uygunluğunu ve bir bütün durumunda önemli detayları fark etme kapasitesini değerlendirme becerisini ölçen alt testlerde bir dereceye kadar ortalamanın üzerinde puan alınmıştır. Onun açıkça ortalamanın üzerinde olan bir sonraki en yüksek puanı, zihinsel matematik yeteneğini ölçen, el-göz koordinasyonu ve hızını

KUTU 6.3 (DEVAMI)

çalıştıran ve uygun bir sırada olayları düzenleyen alt testtedir. Onun, ortalamanın altında kalan tek puanı, görsel organizasyon ve görsel-motor organizasyonu değerlendiren zeka testinin alt testinde almıştır.

Bayan Patient'in yakın, güncel ve uzak hafızasının, son olaylan hatırlamakta güçlük yaşadığını belirtmiş olmasına karşın bozulmamış olduğu görüldü. Yaşadığı duygusal faktörlerin, zorlukların etkisi ile konsantrasyonla ilgili sorunların bağlantılı olduğu görüldü. Bayan Patient, bazen dikkatle ilgili bazı zorluklar sergilese de geriye kalan görevlere odaklanmakta oldukça yetenekliydi. Onun kapasitesi, kendini ifade etmek ve söyleneni anlamak adına bozulmamış görünüyordu. Akademik becerileri tarama testinde, okuma ve imlanın ikisinde de kolej seviyesinde puan aldı. Görsel motor birleştirmeyi ayırt eden bir testte, Bayan Patient, muhtemelen gözlenebilir bir titreme sonucu olan orta düzeyde hata sergilemiştir. Tam olarak, entelektüel ve bilişsel işleyiş konusunda Bayan Patient'ın muhtemelen onun potansiyelinden beklenenin altında zekanın ortalama bölümünde puan alması duygusal faktörlere ve ilaç etkilerine bağlıdır. Onun sözcük dağarcığını da içeren sözel yetenekleri, ortalamanın üzerinde ve muhtemelen psiko-motor gecikme ve/veya odaklanma sorunları sonucu olan motor yavaşlama göstermiştir. Akademik performansı tarayan testte, okuma ve imlanın ikisinde de kolej düzeyinde bir puan alınıştır. Olası merkezi sinir sistemi zayıflaması olumsuzdur.

Kişilik İşleyişi

Bayan Patient, sağlıklı bir yönelimdeydi. Değerlendirme boyunca, çoğu bölümde düz bir duygulanım ve heyecan seviyesi sergilemiştir. Konuşması, tereddütlü, yavaştır ve yukarıda belirtildiği gibi bazı ilaç etkilerinden kaynaklanabilen psiko-motor yavaşlama sergilemiştir. Hayat koşullarından özellikle ilişkisel sorunlarından konuşulduğunda ağlamaklı periyodlar sergilemiştir. Bayan Patient'ın konuşması mantıklı ve uyumludur ve çağrışımlarında düzensizlik belirtisi, teğetsel düşünme ve basınçlı konuşma belirtisi sergilememiştir. Konsantrasyonla ilgili sorunlar yaşamıştır. Değerlendirme, altta yatan ya da açıkça ortada olan psikotik işaretleri açığa çıkarmadı. Görsel ve işitsel halüsinasyonların ikisini de inkar etti, halbuki küçültücü doğasının geçmişinde "yaşamayı hak etmiyorsun" diyen bir ses duyduğunu bildirmişti. Sesin bir kadın sesi olduğunu ve kafasının içinden geldiğini ifade etmişti. Bayan Patient değerlendirme boyunca sanrısal bir düşünce ve geçmiş sanrısal düşüncenin varlığını destekleyen ikincil bir bilgi sergilemedi. Depresif hissettiğini ve zamanın çoğunda uyuduğunu bildirdi. Ayrıca iştahının çok iyi olduğunu ve her tür aktiviteye küçük bir ilgisinin olduğunu belirtti. Bayan Patient, bu incelemeden önceki gün, son günlerde kendine zarar verme düşüncelerine sahip olduğunu bildirmiş olmasına karşın güncel intihar ve cinayete ilişkin düşüncelerini, inkar etti.

İntrapsişik düzeyde, değerlendirme, duygusal deneyimlerini tamamlayan sorunlar yaşamasıyla ilgilidir. Bu, onun zaman zaman duygularına yenik düşmesi sebebiyle açık düşünebilmeyi becermediği için her şeye başvurmasıdır. Dr., başlıca depresyon hissini ve Bayan Patient'in keder teması oluşturduğu yansıtmalı değerlendirmelerini rapor etti. Bayan Patient, duygusal kontrolle ilgili (ağlama ve öfke periyodları) problemlerini kabul etti.

(devam ediyor)

KUTU 6.3 (DEVAMI)

Araştırmada, Bayan Patient, bazen sabahları kalktığında "bir şeyleri kırmak istediğini" iletti. Bayan Patient, "problemlerinin ve duygusal rahatsızlık sonuçlarının varlığını inkar etmeye ve küçültmeye" eğilimlidi. Bayan Patient'in duyguları kurulmakta ve kontrolsüz bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Bayan Patient, depresyonla sonuçlanan içselleştirilmiş duygularına ve öfkesine karşı pasif bir duruş takınıyordu. Onun genellikle kendine karşı cezalandırıcı tutumları vardı; davranışlarıyla ilgili olarak pişmanlık ve suçluluk hissediyordu. Bu tür düşünce ve duyguları; kendini reddetme duygularıyla ve öz-yıkıcı düşüncelerle sonuçlanmaktaydı. Bayan Patient, diğer insanlardan gelecek olumlu bir ışığa güçlü bir şekilde ihtiyaç duymaktaydı. Bu sadece yetersizlik duygularını karşılamaya değil ayrıca onun kabul edilemez bulduğu düşmanca dürtülerine karşı korunmak için bir savunma mekanizması (karşıt tepki oluşturma) oluşturmasına hizmet etmekteydi. Onun kendini kınayıcı doğası ile ilişkili olan işitsel halüsinasyonları kendini cezalandırıcı bir biçime dönüşüyordu. Bayan Patient, diğer insanlardan gelecek olan olumlu bir ışığa güçlü bir şekilde ihtiyaç duymasına karşın, aynı zamanda ciddi duygusal sorunları olduğunu görmeye de ihtiyaç duyuyordu. Bu, onun kendi içsel standartlarıyla ve pasif duruşuyla karşılaşmasının diğer yoksunluklarını mantığa büründürmesine de hizmet ediyordu. Değerlendirmede, "Bayan Patient' oldukça karamsardır; yaşam gelişimi ve kendi geleceği ile ilgili çok az bir umudu" olduğu saptanmıştır. Onun kendisiyle ilgili düşünceleri, olumsuz doğası ve pasif ve öz-küçümseyici duruşunu sürdürmesinin sonucudur. Bunların hepsi, hayal kırıklığına, kafa karışıklığına ve aşırı derecede zayıf benlik algısına katkıda bulunmaktadır. Bayan Patient, son günlerdeki kendine zarar verici amaçlarını inkar etmesine karşın, yüksek psikolojik belirtileri ve dinamikleri, gelecekte kendine zarar verici davranışlar için anlamlı risk göstergeleridir. Bayan Patient, sorunlarına içgörü gösterdiğinde ve depresyonla ilgili anlamlı zorluklar yaşadığını fark ettiğinde, onun olumsuz düşünce biçemleri ve pasifliği yolu ile kendi problemlerine katkı sağladığını anlayamadı.

Kişiler arası düzeyde, Bayan Patient, pasif-bağımlı bir tarzdadır. O ebeveynlerine bağımlılığına içerlemektedir ancak onlardan ayrılmada yetersizlik hissetmektedir. O ebeveynlerini memnun etmek istese de onların kendisi için olan beklentilerini karşılayamayacağına inanmakta ve reddedilme duygularını onlara yansıtmaktadır. Kişilik değerlendirmesi, Bayan Patient'ın genel olarak ailesinden ve toplumdan soğuma hissettiğini göstermiştir. O, bir sosyal grubun parçası olduğunu hissetmemekte ve diğer insanların kendisini küçümsendiğine inanmaktadır. Bayan Patient, sosyal ortamlarda rahatsız hissetmekte ve geri çekilme ve izole olma eğilimi göstermektedir. O karşı cinsle ilgili dikkate değer bir kaygı yaşamaktadır. Onun düşmanlık ve uygun olmayan davranışları (örneğin, öz-yıkıcılık ve sosyal kaçınganlık) diğerleri tarafından reddedilmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu reddediş, onun kendisiyle ilgili aşağılık biri olduğuna dair hipotezini desteklemekte ve benlik değerinin eksikliği duygusunu arttırmaktadır.

İzlenim

Genel olarak, Bayan Patient'ın onun depresif ruh haliyle bağlantılı gözüken periyodik psikotik belirtilerle birlikte anlamlı depresif duygular yaşadığı görülmektedir. Değerlendirme, ciddi kişilik organizasyonsuzluğu ya da major bir psikozu desteklememektedir.

KUTU 6.3 (DEVAMI)

Ayrıca o, bağımlı kişilik karakteri madde kötüye kullanımı/bağımlılığı yaşamaktadır.

Özet

Bayan Patient, majör depresyon ve psikoz arasında ayrımlaştırmanın yapılmasına yardımcı olmak amacıyla psikolojik değerlendirme için sevk edilmiş, 28 yaşında, Kafkas kökenli, bekar bir bayandır. Öz-kıyım girişimlerini takiben son günlerde hastaneye yatırılmıştır. Bayan Patient, iyi düzeyde zaman, insan ve yer yönelimlidir. Ayrıca değerlendirildiği koşulların farkındadır. Zeka testinde, zekasını potansiyel düzeyinin "Yüksek Ortalama Aralığında" olduğu tahmin edilmesine karşın Ortalama Aralığında bir puan almıştır. Değerlendirme, muhtemelen duygusal faktörlerden ve ilaç etkilerinden kaynaklanan psiko-motor gerilemenin işaretleriyle bağlantılıdır. Bu büyük ihtimalle zeka testinde onun performansına olumsuz etki etmiştir. Bayan Patient'ın potansiyel zeka düzeyinin Yüksek Ortalama Aralığında olduğunu göstermektedir. Nöropsikolojik fonksiyon bozukluğu için tarama ölçümlerinde bozulma görülmemiştir. Değerlendirme, Bayan Patient'in bir psikoz yaşadığını açığa vurmamaktadır ve gerçeklik algısı genel olarak sağlamdır. Halbuki stres altındayken, depresif ruh haliyle bağlantılı olarak o psikotik belirtiler (işitsel halüsinasyonlar) sergileyebilir. Duygularına yenildiğinde düşünceleri, karmaşık olmakta, konfizyona girmektedir. Bayan Patient'ın depresyonun; Majör depresyonun epizodunu yaşadığı görülmektedir. Bu depresyonun diğerlerine göre uzun süreli olduğu görülmektedir. Değerlendirme ayrıca altta yatan düşmanlık ve benlik değerindeki eksiklik duygularıyla bağlantılıdır. Kişiler arası tutum olarak o, düşmanca-bağımlı bir tutum içerisindedir. O istenmeyen duygularını bastırmak ve diğer insanlara reddedilme duygularını yansıtmak eğilimindedir. Bayan Patient, ayrıca izole olma ve sosyal temastan kaçınma eğilimindedir. O, güncel öz-kıyım ve cinayet düşüncelerini inkar etse de yakın geçmişte kendisine zarar vermeyi denemiş ve değerlendirme öz-yıkıcı eğilimi açığa çıkarmıştır.

Tavsiyeler

Bayan Patient, değerlendirme seansı boyunca iş birliği halindeydi ve kendisinden istenen görevleri tamamladı. Onun gerçeklik algısını önemli derecede bozacak majör bir zihinsel hastalığı olmamasına karşın, önemli duygusal çatışmalarının işaretleri mevcuttur. Sorun alanlan ve güçlü alanlar birlikte tartılmıştır. Öneriler aşağıdadır:

1. ***Genel Psikolojik İşleyiş:*** Bu değerlendirme esasında, Bayan Patient, anlamlı kişilik organizasyonsuzluğu yaşıyormuş olarak görülmedi. Ancak değerlendirme, bazı zamanlarda görülen önemli bir ruhsal hastalık yaşadığını; bu hastalığın psikotik özellikli Majör Depresyonun yeniden açığa çıktığı görülmüştür. Şu anda ona, var olan depresyon düzeyi ve kendine zarar verici davranışları yüzünden hastanede kalması ve duygu durumunun dengelemesi tavsiye edilmiştir. Onun devam eden ilaç tedavisinin gözlenmesi ve değerlendirilmesi zorunludur. Ayrıca devam eden bireysel psikoterapisinin;

(devam ediyor)

KUTU 6.3 (DEVAMI)

onun depresyonuna, sosyal geri çekilmesine ve hayatındaki aktivite eksikliğine hitap etmesi tavsiye edilmektedir. Bu rahatsızlığa bir bilişsel-davranışçı yaklaşım yarar sağlayabilir. Ayrıca, öfkeyi yapıcı yaşaması ve onun öfke yönetimine hitap eden yıkıcı düşmanca davranışlarında onu destekleyeceği için tavsiye edilmektedir.

2. ***Eğitimsel/Mesleki Sorunlar:*** Bayan Patient, aktardığına göre okula dikkatini verdiğinde iyi bir öğrenciydi. O kolejin iki yılını tamamladı ancak "duygusal" nedenlerden okulu bıraktı. Zeka testinde muhtemelen onun puanını düşüren ilaç etkileri gibi psikolojik faktörlere karşın Ortalama Aralığında puan aldı. Bu, onun potansiyel zeka düzeyinin "Yüksek Ortalama Aralığında" olduğunu tahmin ettirmektedir. Akademik beceriler, tarama testinde, okuma ve imlanın ikisinde de kolej düzeyinde puan aldı. Verilen bu puanlar, Bayan Patient'ın eğitimsel/donanımsal uğraşlarda iyi bir performans gösterme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kendisi, çalıştığında iyi performans gösteren sağlam bir çalışan olarak tanımlamıştır. Bu güçler, olumlu benlik saygısı duyumunu arttırma yolu olarak tedavisini bütünleyeceği için tavsiye edilmektedir. Bayan Patient'ın mesleki/eğitimsel hedeflerini geliştirmesine yardımcı olunması tavsiye edilmektedir. Tedaviye Uyumun Eksikliği: Bayan Patient, geçmişte yazılan ilaçları almakta ve terapide hazır bulunmakta tedaviye uyumlu değildir. Bu uyum eksikliğinin, terapide, muhtemel direnç/pasif agresif davranışla ilgili olarak incelenmesi tavsiye edilmektedir. İlaç tedavisine uyumunu sürdürmesi ve terapiye duygusal bir yatırımın geliştirebilmesi gerekmektedir.

3. ***Madde Kötüye Kullanımı:*** Bayan Patient'ın, madde kötüye kullanım/bağımlılık öyküsüne sahip olduğu görülmektedir. Onun madde seçimi alkol olmuştur. O muhtemelen maddeyi depresyonunu kendini-iyileştirme amacıyla kullanmıştır. Alkol tüketimi ilaç tedavisinin etkinliği ve psikolojik gelişimi üzerinde olumsuz etkiye sebep olmuştur. Alkol kullanımı olumsuz şekilde muhakemeyi, duygusal kontrolün ortaya çıkmasına ve merkezi sinir sistemi hasarına neden olur. Bayan Patient'ın onun madde ile ilişkisine ve alkol özelinde madde kullanımı/kötüye kullanımını yakından takip etmesi amacıyla servise katılımı tavsiye edilmiştir. Eğer herhangi bir madde kullandığından kuşkulanılırsa uygun bir şekilde gözlemi yapılarak, inkarının düzeyini belirlemede ona yardımcı olunabilir.

4. ***Öz-kıyım Düşüncesi/Davranışı:*** Bayan Patient, bilinen zamanda en az üç kere öz-kıyım davranışı sergilemiştir. Onun son öz-kıyım girişimi diğerlerine göre ciddi görünmektedir.

KUTU 6.3 (DEVAMI)

O, birkaç dikiş gerektirecek şekilde bileğini derince kesmiştir. Halen her hangi bir öz-yıkıcı niyeti reddetse de onun kendi benliğine zarar veren depresyon ve girişimlerin öyküsü, gelecek öz-yıkıcı davranışları için risk teşkil etmektedir. Onun öz-kıyım düşünceleri ve ilaç tedavisine bağlı kalması için yakından gözlenmesi tavsiye edilmektedir. Ayrıca terapisinde öz-yıkıcı eğilimin incelenmesi yanı sıra o öz-yıkıcı düşünceleri yaşamaya başladığında kimlik oluşturmasının geliştirilmesi tavsiye edilmektedir. Kendine zarar veren davranışlarına karşı alternatif davranışlar ve bilişsel müdahaleler yararlar sağlayabilir. Onun son zamanlarda bilinen öz-kıyım girişimi ve güncel depresyonunu yüzünden hastanede kalması takip edilmesi tavsiye edilmektedir.

5. ***Sosyal Geri Çekilme ve Aktivite Eksikliği:*** Bayan Patient, yukarıda belirtildiği gibi intihar girişiminden önce, aktardığı üzere geri çekilmiş ve izole olmuştur. Ek olarak bilinen herhangi bir olumlu aktiviteye dahil olmamıştır Terapi, bu sorunu gidermek için davranışı biçimlendirme ve bu amaca dönük olmalıdır. Bayan Patient'ın aktardığı üzere çalıştığında boş zaman uğraşları sosyalleşmesine yardımcı olmuştur. Rapor, Bayan Patient'ın etkinlik için olası olan bir diğer yol olan müzikle ilgilendiği açıklanmıştır. İlişki sorunlarının araştırılması, sosyal becerilerinin ve onu kaygılandıran sosyal kaçınma ve bunun yanında olumlu etkinlik eksikliğin hakkındaki düşüncenin birlikte değerlendirilmesi ayrıca tavsiye edilmektedir.

6. ***Bağımlılık Sorunları:*** Psikolojik değerlendirme, Bayan Patient'ın ebeveynlerine bağımlı olduğunu ancak bu bağımlılığa içerlediğini göstermiştir. Bu onun düşmanlığına katkıda bulunmaktadır. Terapide bağımlılığa karşı özerklik kaynaklarının Bn Patient başarılı olduğu fonksiyonların uygun bir şekilde genişletilmesi tavsiye edilmektedir.

Wolner ve Carne (2002) tarafından onay alınarak tekrar basılmıştır.

Yönlendirme kaynağına geri bildirim sağlamaya ek olarak klinik psikolog, hastayı ilgilendiren değerlendirme kaynaklı bulgular, tavsiyeler ve öneriler açık ve detaylandırılmış geri bildirimlerini sağlamalıdır ve bu, değerlendirmenin, terapotik yararını arttıran elverişli ek bir durumu sağlar. Farklı çalışmalar (örneğin, Newman ve Greeenway, 1996), ikisi de terapotik olarak görülen hastanın benlik saygısını arttırabilen ve üzüntü işaretlerini azaltabilen değerlendirmeden özel ve detaylandırılmış

geri bildirim sağladığını bulmuştur. Newman ve Greenway, terapotik yararın sadece onların bazı üzüntü verici yaşantılarını isimlendirebilmekten ve açıklayabilmekten değil ayrıca onların zorluklarının doğasını ve onlara eşlik eden daha iyimser duyguları anlayabilmekten geldiğini desteklerler.

ARAŞTIRMA

Değerlendirme, araştırma formalarında özgül bozukluklar için çeşitli tedavi yöntemlerinin etkisini kanıtlamada çok önemli bir rol oynar. Normal olarak, araştırma projesinde dikkatin büyük bölümü potansiyel katılımcıları açık bir şekilde teşhis etmeye ayrılmıştır (Imber ve ark., 1990). Değerlendirmeler, deneysel grupların açık bir şekilde ilgi bozukluklarına sahip olduğundan ve kontrol gruplarının ilgi bozukluğuna ya da herhangi benzer bir bozukluğa sahip olmadığından emin olmak amacıyla yapılmaktadır. Ek olarak, değerlendirmeler, bozukluğun doğasıyla ilgili bilgiyi sağlarlar (örneğin, belirtilerin şiddeti ve kronikliği, eş hastalık veya diğer belirtilerin ve vb. eş-oluşu). Değerlendirme tedavinin hastalığın belirti veya semptomlar üzerine etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla öncesinde ve tedaviden sonra tamamlanmış olacaktır.

Bu araştırma, belirli bozukluklar için tedavinin etkisini belirlemek ve tabii ki psikolojik müdahaleyle ilgili bilgiyi araştırmaya katkı sağlamak amacıyla yapılır. Ayrıca, bireysel klinik uygulamalarda, klinik psikologlar kendi klinik çalışmalarını, tedavilerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla benzer bir şekilde veri toplamak için teşvik edilir. Pek çok ülkedeki uygulamalar etik ilke ve standartların yapılmış olması gerektiğini gösterir. Bundan başka, klinik psikologlar, vaka raporlarını içeren kendi çalışmalarını yayınlamak için teşvik edilmektedir; çünkü değerlendirme verilerindeki bilgiler, gelecekte değerlendirmelerin kalitesine katkıda bulunabilir.

BAĞLAMIN ÖNEMİ

Tedavi arayan hastaya/lara yardım etmek için cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik durum, aile öyküsü, belirti tablosunun öyküsü, kişiler arası ilişkilerin öyküsü, işleyişin öyküsü, güncel belirtiler, ilişkiler, işleyiş ve kültürün bütün önemli faktörlerini anlamak için hesaba katar. Örneğin, çocuğunun ölümünden sonra *DSM-IV-TR*'den major depresif bozukluk için kriterleri karşıladığı için tanı alan bir kişi, rekabete dayalı kurulmuş bir yapı çevresinde özenle ve sabrederek ve başarıyla çalışmış, depresyondan kurtulmayı kuvvetli bir şekilde arzu etmiş biri, 20 yıldır aynı tanıya sahip olan asla birkaç aydan daha fazla çalışmamış, hiçbir ilişki oluşturamamış ve sürdürememiş ve depresyon seviyesine uyum göstermiş bir insandan çok farklı bir tarzdadır.

Dolayısıyla, görüşme bilgileri, psikometrik araçların puanları ve bir klinik değerlendirme sırasında toplanan diğer bilgiler, kişinin hayatı, cinsiyet, özgeçmiş, yaşam koşulları ve kültür bağlamında verilerin yorumlanması gerekir.

◆ YORUMLAMA, KARAR OLUŞTURMA VE ÖNGÖRÜLER

Klinik psikoloğun çalışmasında, klinik psikolog görünüşte daima seçenekleri tartmakta, yanıtları ve puanları yorumlamakta ve bir karara varmaktadır.
Kararın teşhis veya formülasyonu, böyle intihar potansiyeli gibi belirli davranış tahmini veya bu durumlarda uygun önlemler seçimi gibi araştırma konuları bir çalışma ya da kullanmak için istatistik testi dahil olmak üzere, uygun seçimler ve sonuçları ile yapılması gerekmektedir.

Değerlendirmeyi yürütürken ve bazen yargılar ve alınması zorunlu kararlar, iyi bir geçerliğe veya güvenirliğe sahip olan ya da olmayan bilgiye temel olduğunda, klinik psikoloğun genelde büyük miktarda bilgisi vardır. Bu normal olarak, değerlendirmede veri derlemesinden toplanan bazı bilgilerin karmaşık, bazen çelişkili, belirsiz ve uyuşmaz olacağını açıklamaktadır. Karmaşıklıkları ve uyuşmazlıkları anlamak, bu bilgiyi bir araya getirmek ve uygun klinik kararı almak, tam da klinik psikoloğun işidir. Klinisyen sonuca nasıl varır ve uygun kararı nasıl alır? Genellikle iki yaklaşım vardır. Nicel veya istatiksel yaklaşımda karar verilirken ölçülen puanlar, istatiksel formüller kullanılır ve klinik karar yaklaşımında ise klinik deneyim ve klinik sezgi kullanılır.

Nicel ve İstatiksel Yaklaşım

Klinik değerlendirmede bazı verilerin niteliği yorumlamak için oldukça yalındır. Psikolojik testlerle birlikte, kişi ya da kişilerden elde edilen puanlarının genel olarak düşük, ortalama veya yüksek olup olmadığını belirleme ve sonra klinik bir hükmün oluşturulabilmesi amacıyla karşılaştırılabilir. Böylece puan düzeylerini anlamada ihtiyaç duyan küçük bir yorumlama ya da öznel yargı mevcut olur. Karar verme süreci veya tahminde bulunma aşamasında klinik psikolog, bir kişinin bazı özelliklerini belirlerken kesme puanları ya da istatiksel formüller kullandığında bu yaklaşım nicel yaklaşım olarak bilinir. Bir başka deyişle, klinik izlenimi kullanmaktan ya da kararı klinik bir deneyime dayandırmaktan daha çok klinik psikolog, kararını oluşturabilmek ve sonuca ulaşabilmek amacıyla istatistiksel bir tarzda veri sağlayan testlerden ve diğer bilgilerden gelen puanlardan yararlanır.

Klinik Yargı ve Öznel Yaklaşım

Değerlendirmede klinik deneyime, sezgiye, öznel izlenime, hastayla ilgili kişiye özel bilgiye dayandırılarak oluşturulan birçok karar mevcuttur. Karar oluşturma sürecinde olunduğu zaman, sürecin bu türleri temel alındığında, bu **klinik yargı** olarak bilinir.

Kararlar genellikle doğada nicel, nitel ve izlenimci olabilen bilgiye dayandırılır. Bazen, kullanılan bilgi, bir dereceye kadar belirsiz ve bir taraftan da iki anlamlı olabilir ancak sorunların, psikolojik sürecin ve belirtilerin araştırılması amacıyla daha geniş ve daha derin olan bilgi sağlanabilir. Örneğin, görüşmenin yorumlaması ve öyküsel bilgi, iki anlamlı ve potansiyel olarak hatalı olabilir, bu, kişilerin kendileriyle ilgili kusurlu tablo yaratmaya çalışmalarından değil, kişilerin iyi bir kişisel tarihçi olmamalarından kaynaklanmaktadır (Kerns, 1986). Klinik psikolog, bu bilgiyi bütünlemek ve birinci olarak bilginin geçerli ve sağlam olduğunu, ikinci olarak bilgiyi bütünlemenin en iyi yolunu belirlemek zorundadır.

Nicel yaklaşımların ve klinik hükmün ikisinin de kullanılması bazı değerlendirmelerde olası olmasına karşın, klinik tahmin yapmakta; her iki yaklaşımın nasıl kesinleştirileceğine harcanan büyük bir dikkat vardır. Paul Meehl (1954), değerlendirmeden elde edilen verileri kullanan özgül klinik kararı oluşturmaya girişildiğinde, klinik çalışmada karar oluşturmada; nicel yöntemlerin, klinik hükme dayalı kararlardan daha iyi olduğunu destekleyen önemli bir makale yayımlamıştır. Bu bulgular, klinik psikolojiyle ilgili büyük bir çatışma yaratmış ve araştırmaların büyük bir bölümü bu konu üzerinde yapılmıştır. Bu araştırmanın bulguları, genelde istatistiksel modellerin aşağı yukarı klinik yargı ile (Grove, Zald, Lebow, Snitz ve Nelson, 2000) ve hepsi olmasa da klinik kararlarla eşit ya da daha iyi olduğunu kanıtlamaktadır. Bu durum dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır ancak, bu iki yaklaşım da klinik değerlendirme ve diğer klinik psikoloji çalışmalarının görünümünde kullanılmaktadır. Her tür karar oluşturma sürecinde, klinik yargıların noksanlıkları ve yeri vardır.

Klinik Karar Oluşturma ve Hatalı Yargılar

Her zaman iyi bir karar oluşturma kaygısı vardır, Klinik psikologlar insandır ve bazı bilişsel hatalar ve karar verme hataları veya herkes gibi önyargılı olma eğilimine sahiptir. Bu, klinik psikologların karar ve yargı oluşturmada benzer süreçleri, diğerlerinin karar oluşturmada yaptığı benzer hataları destekleyebilmelerinden ve kullanmalarından kaynaklanmaktadır. Bu tarz hatalar klinik çalışma ve klinik psikologların araştırmalarının ikisinde de konu olabilir (Tversky ve Kahneman, 1974). Tabii ki kararlar, insanların hayatını ve yaşam kalitelerini derinden etkileyen majör bir etkiye sahip olabilir.

Gerçekte, klinik karar oluşturan klinik psikolojinin alanının klinisyenin yapabileceği bilişsel hatalar sebebiyle uzlaştırılabilir olduğu konusunda bir anlaşmanın olduğu görünmektedir. Bu yüzden, klinik karar verme sürecinde, iyi bir karar vermek için olası hata kaynaklarına dikkat edilmelidir. Klinik psikologlarla özellikle ilgili olabilecek ana hata kaynakları nelerdir?

1. Temel Oran Sorunları: Klinisyenler yargı oluşturmada veya tahminlerde, belirli davranışların, özelliklerin, belirtilerin veya bozuklukların genel toplumda oluşmasının oranlarını hesaba katmayarak hata yapabilirler (örneğin, temel oranlar). Örneğin çok daha yaygın olaylara göre düşük oranlı olaylardaki kararlarda temel oranlar hesaba katılmadığı için görüş oluşturmak daha kolaydır.

2. **Barnum Etkisi:** Temel oran sorunu üzerinde bir çeşitleme, Amerikalı şovmen ve müziplik yaratan ve ünlü alıntısı "Her saniye bir enayi doğuyor" ile tanınan sirk sahibi, PT Barnum'dan sonra isimlendirilen Barnum durumu veya Barnum etkisi fikridir. Barnum etkisiyle ilgili fikir, kişiye özel ve benzersiz şekilde tanımlayıcı etki bırakan bireysel bir yapım olan bu bildirimi, bu ifadeyi anlamsız bulabilecek belirli insanlar olsa da gerçekte insanların çoğunluğu tarafından kabul edilir. Örneğin, izleyen betimlemeyi okuyun:

Bu stresi akıllıca ele alan bu insandır ancak bazen bu insan, taleplerle yüklenmiş ve boğulmuş gibi hissetmektedir. Bu zamanlarda o, kendinden daha az emin olur ve düşük benlik saygısı sergiler, özellikle stres bazı tür olaylara neden olur veya bazı başarısızlıklara neden olur. O, ayrıca zaman zaman biraz depresif ya da kaygılı hisseder ve çok sıkıntılı olduğunda, bir miktar çaresizlik hissedebilir. Bu özellikle kişi bazı kişisel kayıplar yaşadığında olur.

Bu paragraf, belirli bir insanla ilgili gibi gözükebilse de o birçok bireyi tanımlamaktadır. Eğer sizi tanımlıyorsa tekrar okuyun ve görün.

3. **Yanılsamalı Bağlılık:** İlişkide sabit inançlara dayalı kesin klinik değişkenler arasında, klinisyenlerin yargı oluşturabildikleri gerçeğe uygun olmayan ilişkiler **yanılsamalı bağlılık** olarak bilinir. Örneğin, birçok insan için dolunay, uğursuzdur ve bireylerde kaotik tepkileri ortaya çıkaracağına inanılır. Ayın evreleri ile değişken davranışlar arasında zannedildiği gibi bir korelasyonu destekleyen veri olmamasına karşın birçok insan bu inancı sürdürür. Bu **yanılsamalı bağlılık** olarak bilinir ve klinisyenler, gerçekte hiçbir ilişki olmadığı zaman, belirli işaretler ya da davranışların bazı klinik durumların göstergesi olarak anlamlandırabileceğine inanırlar.

4. **Önyargılı Düşünceler ve Önyargıların Onaylanması:** Bu hatanın kaynağı duyumlardaki yanılsamalı bağlılığa benzer ki o önyargılı düşüncelerden veya üzerindeki teorik bakış açısından temel alır. Klinisyenler, kendi önyargılarını onaylamak için kanıt ararlar veya önyargılı görüşler ararlar ve daha da önemlisi kendi önyargılarını onaylamayan düşünceleri görmezden gelirler. Bizim değişen davranış ve ay örneğimizle devam edersek, insanların mitlerini sürdürmenin bir yolu olarak dolunay olduğunda değişen davranışlara dikkat edecek ve değişiklikleri fark edecek mitlerini sürdüreceklerdir. Ama dolunay zamanında değişen pek çok davranışla ilgili kanıt olmayınca o durumlara ve o anlara dikkat etmeyeceklerdir. Gerçekte, "dolunay değişen davranışlara neden olur" modeli ile ilgili, onaylanmayan kanıtlar değerlendirilmez veya yeniden düzenlenmez.

5. **Neden Sonuç Bağlantılarının Uygunsuz Kullanımı:** Olağan durumlarda neden sonuçlarla ilgili bilişsel kısa yollar, çabuk hüküm ve karar verme konusunda bize hizmet eder (Elstein, 1988). Neden sonuç bağlantılı yaklaşımların uygunsuz kullanılması veya uygunsuz durumlarda kullanılması sonucunda hatalar ortaya çıkabilir. Klinik çalışmalarda özellikle neden sonuçla ilgili iki yaklaşım rol oynayabilir: bunlardan biri temsil edici neden sonuç yaklaşımı ki bu yaklaşım küçük sayıların geçerlik ve güvenirliğinde hatalı inanca yol açan yaklaşımıdır, diğeri hatırlanan bilgiye çok ağırlık veren bilinen neden sonuç yaklaşımıdır (Grove ve diğerleri, 2000). Örneğin, bilinen neden sonuç yaklaşımı aklımızda bir olayın çok kolay bir şekilde gelmesini sağlar, bu da o olayın daha sık olduğuna inanmamıza neden olur.

SONUÇ

Tüm bunlardan sonra, öğrenci klinik psikologlar için klinik değerlendirme alanına ait bir gözden geçirme ve genel bir anlayışa sahip olmalıdır. Bir klinik psikoloğun çalışması önemli bir içeriktir ve güçlükleri tedavi etmek için girişimde bulunmayı göz önünde bulunduran seçeneklerin yanı sıra bir bireyin, çiftin ya da aile yaşantılarının güçlüklerini de dikkate alan oldukça önemli bilgiler sağlayabilir. Üstelik değerlendirme klinik psikologlar için diğer sağlık profesyonellerinin bu alanda eğitimlerinin ya da uzmanlıklarının olmadığı eşsiz yeteneklerden biridir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Değerlendirmenin klinik psikolojide uzun bir tarihçesi vardır ve klinik psikologların kimliklerinin gerçek eşsiz görünümlerinden biri olmaya devam etmektedir. Değerlendirmenin klinik psikologlarla daha az ilgili olduğuna ilişkin bazı kaygılar vardır, fakat bu tür faaliyetlerin, klinik psikologların gerçekleştirdiği önemli görevlerden biri olarak kalacağı ve devam edeceği açıktır. Son zamanlarda, psikoterapi gibi psikolojik değerlendirme işlemlerinin test ya da teknikler gibi görgül desteğe sahip olmaları gerektiğine ilişkin bir kaygı bulunmaktadır. Değerlendirme işlemlerinin geçerlik ve güvenirliğini kanıtlayan uzun süreli bir çalışma mutlaka olmalıdır, bununla birlikte psikolojik değerlendirmenin etkisine ve yararına ait yüksek beklentiler vardır. Ayrıca, klinik psikologların, her değerlendirme yönteminin kendine özgü güçlü ve zayıf yanların olduğunu ve olumlu özellikleri birleştirerek bir değerlendirme paketinin nasıl hazırlanacağını bilmeye, bu değerlendirme paketini hazırlarken çeşitli yöntemlerin güçlü ve zayıf yönlerini dengelemeye duyarlı kalması gerekir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Barnum etkisi (Barnum effect)
Benlik gücü (Ego-strength)
Bilimsel tabanlı (Nomothetic)
Bireysel farklılıkları araştıran (Idiographic)
Deneysel (Heuristics)
Formülasyon (Formulation)
Geçerlik deneysel (Availability heuristic)
Hastalığın seyri (Prognosis)
İstatiksel yaklaşım (Actuarial approach)
Klinik yargı (Clinical judgment)
Klinik yargı araştırması (Clinical judgment approach)
Nicel araştırmalar (Quantitative approach)
Öz yetkinlik (Core competencies)
Psikolojik değerlendirme (Psychological assessment)
Psikolojik mantığa büründürme (Psychological mindedness)
Psikolojik test (Psychological testing)
Psiko-tanılama (Psychodiagnosis)
Teknikler (Techniques)
Temel oranlar (Base rates)
Temsil edici neden sonuç yaklaşımı (Representativeness heuristic)
Testler (Tests)
Yanıltıcı ilişki (Illusory correlation)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Teşhis ve formülasyon arasındaki farklar nelerdir? Bir değerlendirmede her ikisi hangi rolleri oynarlar?
2. Psikolojik değerlendirmenin başlıca hedeflerini açıklayın.

3. Değerlendirmede testler ve teknikler arasındaki benzerlikler ve farklılıklar nelerdir?
4. Psikolojik değerlendirmenin türlerini tanımlayın ve her birine bir örnek verin.
5. Klinisyenler, diğer insanlar gibi, yargı veya karar oluşturmada bilişsel hatalar yapabilirler. Hataların türlerini tanımlayın. Bu hataların ne tür etkilere sahip olduğuna inanıyorsunuz? Örnek veriniz.
6. Bir değerlendirmeyi takiben hastaya geri bildirim sağlamanın neden önemli olduğunu düşünüyorsunuz?

KAYNAKÇA

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. E. (1992). *Manual for the child behavior checklist.* Department of Psychiatry, University of Vermont.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. F. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* 2nd ed., pp. 139–190). New York: John Wiley.

Blatt, S. J., Auerbach, J. S., Zuroff, D. C., & Shahar, G. (2006). Evaluating efficacy, effectiveness, and mutative factors in psychodynamic psychotherapies. *PDM task force. Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Butcher, J. (1990). *MMPI-2 in psychological treatment.* New York: Oxford University Press.

Butcher, J. (1995). *Clinical personality assessment.* New York: Oxford.

Childs R. A., & Eyde, L. D. (2002). Assessment training in clinical psychology doctoral programs: What should we teach? What do we teach? *Journal of Personality Assessment, 78,* 130–144.

Ciminero, A. R., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (Eds.). 1986. *Handbook of behavioral assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Phillips, S. M. (1996). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurements* (3rd ed.). Mountain View, California: Mayfield.

Dougherty, T. W., Ebert, R. J., & Callender, J. C. (1986). Policy capturing in the employment interview. *Journal of Applied Psychology, 71,* 9–15.

Elstein, A. S. (1988). Cognitive processes in clinical inference and decision making. In D. C. Turk & P. Salovey (Eds.). *Reasoning, inference, and judgement in clinical psychology.* London: Collier Macmillan Publishers.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Gregory, R. J. (2004). *Psychological testing: History, principles, and applications* (4th ed.). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.

Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. F., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 12*, 19–30.

Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggley, D. L., Sherry, S. B., & Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 71*, 93–122.

Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy, 44*, 205–218.

Imber, S., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T., Leber, W. R., & Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 352–359.

Kerns, L. L. (1986). Falsifications in the psychiatric history: A differential diagnosis. *Psychiatry, 49*, 13–17.

Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., & Kaslow, N. J., et al. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 725–739.

Linden, W. (2006). Psychological treatment of hypertension. In A. V. Nikcevic, A. R. Kuczmierczyk, & M. Bruch (Eds.). *Formulation and treatment in clinical health psychology*. London: Routledge.

Lucock, M. P., Hall, P., & Noble, R. (2006). A survey of influences on the practice of psychotherapists and clinical psychologists in training in the UK. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 123–130.

Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.

McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guildford.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Meyer, G. J., Finn, S. W., Eyde, I. D., Day, G. G., Kobiszyn, T., Moreland, K., Eisman, E., & Dies, R. (1998). *Benefits and costs of psychological assessment in healthcare delivery: Report of Board of Professional Affairs Psychological Assessment Working Group, Part II*. Washington, DC: American Psychological Association.

Morrison, J. R. (1995). *DSM–IV made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guildford.

Newman, M., & Greenway, P. (1997). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to clients at a university counseling service: A collaborative approach. *Psychological Assessment, 9*, 122–131.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1467–1483.

Persons, J. (2006). Case-formulation driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice. 13*, 167–170.

Rappaport, D., Gill, M. M., & Schafer, R. (1968). *Diagnostic psychological testing* (Vol. 1). Chicago: Yearbook.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.

Rose, T., Kaser-Boyd, N., & Maloney, M. P. (2001). *Essentials of Rorschach assessment.* New York: Wiley.

Sperry, L. (2004). *Assessment of couples and families: Contemporary and cutting-edge strategies.* New York: Brunner-Routledge.

Turk, D. C., & Salovey, P. (1988). *Reasoning, inference, and judgement in clinical psychology.* London: Collier Macmillan Publishers.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgments under uncertainty: Heuristics and biases, *Science, 185,* 1124–1131.

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III administration and scoring manual.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wolber, & Carne (2002). *Writing Psychological Reports: A guide for clinicians* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.

7. BÖLÜM

PSİKODİAGNOSTİK DEĞERLENDİRME*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Önceki bölümde, uygulamada ve araştırmadaki değerlendirmenin amaçlarını olduğu kadar klinik psikoloğun psikolojik değerlendirmedeki rolünü de konu ettik. 7. ve 8. Bölümlerde, bireylerin farklılıklarını değerlendirmede klinik psikologların kullanabilmeleri için hazır olan birçok aracın tanımı ve kritik nitelikleri ortaya konacaktır: terapide teşhis koymak, formüle etmek, tedavi tavsiyelerinde bulunmak ve terapinin gidişatını takip etmek. Bu bölüm psikotanısal değerlendirme adındaki özel bir tip klinik değerlendirmeyi ve bu tür değerlendirmeyi gerçekleştirmek için kullanılan araçları ve teknikleri konu edecektir.

PSİKOTANISAL DEĞERLENDİRME

Klinik psikologları tarafından yapılan değerlendirmelerin en yaygın çeşitlerinden biri psikotanısal değerlendirmedir. Bu tür değerlendirmeler, kişilik değerlendirmeleri, tanısal değerlendirmeler, tedavi öncesi değerlendirmeler ya da yalın bir şekilde psikolojik değerlendirmeler olarak da adlandırılır. Bu değerlendirmelerde, problemin formülasyonuyla alakalı olan konular, bireye ve duruma göre değişen öznel nitelikler ve belirli bir hasta için uygun olan tedavinin konularının türüne göre hastaların problemleri ve endişeleri betimlenir ve tanısal konumlar belirlenir. Bu değerlendirmelerde, seçilen belirli araçların kullanılmasına ve çıkarımların, bir klinikçiden bir başka klinikçiye göre değişen bu araçlardan yapılmasına karşın klinik psikologların teorik kuramlarına dayanılarak şu belirtilebilir ki en geniş kapsamlı değerlendirmeler genelde klinik görüşme ve psikolojik testlerin dahil olduğu değerlendirmelerdir. Bu testler hem objektif (örneğin anketlerin raporlanması) hem de projektif (belirsiz uyaranları cevaplama gibi) teknikler içerir. Değerlendirme, birbirleriyle pekişen kaynaklardan gelen bilgileri de kapsayabilir (örneğin akıl sağlığı çalışanından gelen raporlar, sevk raporu ve aile üyelerinden edinilenler) ve ayrıca

* Çevirenler: Dr. Muzaffer ŞAHİN - Uzm. Klinik Psikolog Murat ARTIRAN

değerlendirmedeki konuların netleştiği, alakalı bulguların tanımlandığı ve hastaya tedavi seçeneklerinin sunulduğu bir geribildirim seansını da kapsayacaktır. En sonunda da değerlendirme bir raporla başvuru kaynağı olarak formüle edilir. Psikotanısal değerlendirmenin kapsamlı bir örneği kutu 6.3'te sunulmuştur. Öğrencilerin bu bölüm boyunca çalışırlarken bu örneğe tekrar geri dönüp bakmaları özellikle tavsiye edilir.

Bir sürü psikotanısal değerlendirme testi ve teknikleri olanaklı olsa da, esas itibariyle nispeten sadece birkaçı yaygın olarak kullanılır ve birçoğu yıllar içinde tekrar işlenip değişime uğratılmıştır. İlerleyen kısımlarda bu test ve tekniklerin bazıları sunulacaktır. İyi eğitilmiş bir klinik psikolog değerlendirmede şu konulara dikkat etmelidir: herhangi bir enstrümanın güçlü ve zayıf yönlerini dengelemek için çoklu-metod yaklaşımını kullanmalı ve hiç bir zaman tek bir ölçüm aracına bağlı kalmamalıdır. Tüm bu bilgiler ve bu bilgilerin tartışması 6. Bölümde bulunmaktadır. Bu bilgilerin göz önüne alınması ve onaylanması gerekir, bölüm 6'da ele alındığı gibi ayrıca onaylanmamış kanıtlar ve karşıt kanıtlar hesaba katılmalıdır.

PSİKOTANISAL DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN TESTLER VE ARAÇLAR NELERDİR?

Hangi araçların klinik psikologlar tarafından daha sık kullanıldığını belirlemek için geçmişten beri birçok araştırma yapılmıştır. Tipik olarak bu araştırmalar klinik psikologların çalışmalarını araştırır, onların değerlendirmelerinde ve özellikle niceliksel datayı toplamada ve belirli bir enstrümanın kullanım yüzdelerini belirlemede hangi enstrümanı kullandıklarına bakar. Bu değerlendirmelerde kullanılan bütün psikolojik testlerin bu çalışmalarda incelenmesine gerek yoktur ancak ana testler mutlaka incelenmelidir.

İncelemelerin çoğunluğu Amerikan örnekleri üzerine odaklanmış ve geçmişten beri süregelen sürpriz bir şekilde süreklilik keşfetmişlerdir. Bu araştırmalardan ikisi (Camara, Nathan, ve Puente, 2000; Watkins, Campbell, Nieberding ve Hallmark, 1995) örneklem olarak Amerikan Psikoloji Birliği üyeleri arasından kendi uzmanlık alanlarını klinik psikolog olarak belirtenler alınmıştır ve onlara kendi değerlendirme uygulamaları hakkında birçok soru yöneltilmiştir. Bu iki araştırmada ortaya çıkan en sık kullanılan testler Tablo 7.1'de verilmektedir. İlk 10 enstrüman, her iki araştırmada da benzerdir. Bu da şunu gösterir ki belli başlı enstrümanların geçmişten günümüze kadar kullanılmasında sürpriz bir kararlılık vardır. Aslında aynı enstrümanların veya bunların revize edilmiş halleri, on yıllarca önceki araştırmalarda kendilerini göstermektedir (Lubin, Wallace ve Paine, 1971). Materyallerin düzeltilmiş baskıları ya da bu aynı materyallerin birçoğu onlarca yıl önceki incelemelerle benzerliğini gösterir (Lubin, Wallace ve Paine, 1971). Hem objektif (MMPI-2) hem projektif teknikler (RIT ve TAT) en iyi on içinde yer alıyordu, bu da şunu gösterir ki bu değerlendirme enstrümanları sıklıkla ve sürekli olarak kullanılmaktadır.

Kuzey Amerika dışında gerçekleştirilen değerlendirme uygulamaları hakkındaki bir araştırmada (Bekhit, Thomas, Lalonde ve Jolley, 2002) bir İngiliz üniversitesinden 158 süpervizör değerlendirme uygulamaları ve kullandıkları enstrümanlar konusunda incelemeye alındı. Araştırma sonuçlarına göre yaklaşık olarak klinik psikologların zamanlarının yüzde 13'ü klinik değerlendirmede kullanılmaktaydı. Çok yaygın olarak klinik görüşmelerden söz edilmekteydi ve Kuzey Amerika'dakilerden daha az objektif ve projektif değerlendirme materyallerini kullanıldığı görülmekteydi.

TABLO 7.1 Testlerin Kullanılma sıklığı

Test	Watkins ve Arkadaşları (1995) Dereceler	Camara ve Arkadaşları (2000)
Klinik Görüşme	1	Çalışmaya dahil edilmemiştir
Wechsler Yetişkin Zeka Ölçeği	2	1
MMPI-2	3	2
Cümle Tamamlama	4	
Tematik Algı Testi	5	6
Rorschach Mürekkep Lekesi Tekniği	6	4
Bender-Gestalt	7	5
Çizim Testleri	8	8
Beck Depresyon Envanteri	9	10
Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği	10	3
Geniş Arlıklı Başarı Testi	—	7
Weschler Hafıza Ölçeği	—	9

KLİNİK GÖRÜŞMELER

Watkins ve arkadaşlarının (1995) araştırmasındaki bilgiler klinik görüşmelerin klinik değerlendirmeler için başlıca dayanak noktası olduğunu ve esas olarak tüm klinik çalışmalarda kullanıldığını belirtmektedir. Klinik psikologların klinik oryantasyonlarına bakmaksızın, klinik görüşme (ayrıca ilk görüşme olarak da bilinir) birçok amaca hizmet eder:

1. Klinik bilgilerin toplanması anlamında ve bireyin yaşadığı zorluklar hakkında kişi onları algılarken bilgi sağlar.
2. Süreçle alakalı değişkenler hakkında bilgi sağlar: örneğin hasta klinik ortamda kendisini ne kadar rahat hissettiği, kişinin bilgileri konusunda açık sözlü olup olmadığı, kişinin terapötik sürece dahil olup olamayacağı, kişinin soğuk ya da düşmanca davranışlar sergileyip sergilemediği gibi konular bunların sadece birkaç tanesidir.
3. Birçok kişi için, ilk klinik deneyimi ile karşılaşmasını sağlar (ilk kez klinik görüşmeye girenlerin birçokları sürecin getirisinin ne olduğu konusunda bazı hatalı önyargılara sahiptir. Örneğin psikoterapi hakkındaki bildikleri tek bilgi belki de televizyon komedi programlarından veya ikinci sınıf korku filmlerinden geliyordur) ve onların olumlu bir klinik tecrübeye sahip olmalarına olanak tanır.
4. Etkili davranışı kolaylaştırmak ve doğru bir değerlendirme için çok önemli olan iyi bir terapi birliğine başlama ve geliştirme fırsatını sağlar.
5. Zorlukların doğasının ve davranışa katkıda bulunabilen olası değişkenlerin öneminin anlaşılmasını sağlar.

Bir görüşme, klinik bir bakış açısıyla hastayı anlamak için girişimde bulunma amacındaki tek taraflı bir sosyal konuşma olarak düşünülebilir. Başka bir ifadeyle, klinik psikolog hastayı hastanın yardım talep ettiği kişisel konuları hakkında odaklanılan bir diyaloğa çeker. Bu diyalog, sosyal ortamlarda olduğu gibi her iki konuşmacının hayatlarının kişisel konularını tartışıp ortaya döktükleri iki yönlü bir diyalog değildir, ancak sadece ve sadece hastanın problemlerine odaklanır. Klinik psikolog gözlem yaparak ve soru sorarak, konular üzerinde konuşarak ve hastanın davranışını yorumlayarak bilgileri toplar. Önemli bir nokta olarak şuna da değinmek gerekir ki klinik psikolog, hasta hakkında bilgileri sadece onun kendisi hakkında söylediklerinden değil, bunun yanında hastanın bunları nasıl söylediğine ve kendisini görüşme sırasında nasıl gösterdiğine dikkat eder. Bir nevi gizli bir amaç olarak klinik görüşmenin ikinci amacı, özellikle psikoterapinin başlangıcında ön plana çıkan, ilk olarak terapötik birlikteliğin kurulmasıdır. Psikolog, hastanın klinik psikoloğa açılmanın bunu yapmaya değeceğine olan inancını teşvik etmek isteyecektir.

Klinik psikolog hastası için rahat, güvenli, özel ve özgür bir ortam yaratmak zorundadır böylece hasta en derin kişisel ve belki hiç farkında olmadığı gizli bilgilerin ortaya çıkmasında özgür hisseder. Klinik psikolog hastasının kişisel bilgilerini daha rahat aktarabilmesi için kabullenici, sıcak ve profesyonel bir ortam yaratmalıdır. Bir klinisyen görüşmelerini yönetirken aşağıdaki yeteneklere sahip olmalıdır:

1. Hastanın dile getirdiği konuları yakınlıkla ve yargılamayan bir tarzda dinleyebilmek.
2. Kişinin söylediği şeyleri nasıl söylediğini gözlemleyebilmek.
3. Görüşme boyunca hastanın davranışında sözel olmayan davranışların ve ince değişikliklerin (örneğin ses tonu, yüz ifadeleri) farkında olmak.
4. Birbirleri ile benzeşmeyen bilgileri birbirine bağlayabilmek.
5. Konuyla ile ilgili bilgilerin üstünü açmak için sondaj sorularını sorma bilgisine sahip olmak.

Görüşme yapmak klinik psikoloğun bir hastayla temasa geçtiği ilk tipik iştir ve bu sırada o, çok sıkıcı bir tarzda yerinde pasif olarak oturmak ve başını yukarı aşağı oynatmak yerine bilgilerin birçok kaynaktan toplanması ve bu bilgilerin işlenerek birbirlerine bağlanması adına çok meşguldür, buna ek olarak o, formüle eder ve hasta hakkında hipotezlerini test eder, hipotezlerini onaylayıcı veya reddedici kanıtlara bakar, zamanın akışını kontrol eder, kişilik yapılarının ve psikopatolojinin öngörülerini hatırlar. Klinik psikolog görüşmede bunları yapar ki tanının genel betimlemesini ve klinik formülün ön değerlendirme niteliğindeki bazı çıkarımlarını oluşturabilsin. Klinik psikolog bu hipotezleri ve kanaatleri, sadece hastanın sağladığı bilgilerden ve söylediklerinden değil ki bunlar içerik bilgileri olarak bilinir, öte yandan kişinin davranışları ve bilgileri sağlayışına ki bu bilgi süreci olarak bilinir, bakarak türetir. Örneğin bir hasta kendisini duygulardan kopuk hissettiğinden ve gerçeklik duygusunu (derealizasyon olarak bilinir) kaybettiğinden bahsedebilir ama bunu anlaşılmaz ve kapalı bir ifadeyle yapar. Bu iki bilginin görünümü yani derealizayonun ortaya konması ve bilginin üstü kapalı olarak ifadesi

klinik psikolog tarafından işlenecektir ve böylece problemlerin değerlendirilmesi ve tedavi seçenekleri konularında karara varmasına yardım edecektir.

Değerlendirme için çok yararlı bir genel yaklaşım Sigmund Freud'un tanımını yaptığı **"Ruhsal Kararlılık"** olarak bilinen bir kavramdan türer. Ruhsal Kararlılık kavramının temelinde yatan fikir her şey (örneğin açık ve gizli davranışlar) bazı hedeflere, anlamlara, amaçlara ve sebeplere sahiptir. Bu nedenle klinisyen hastanın sergilediği tüm (olabildiği kadar çok) davranışlara dikkat etmeli ve farkında olmalıdır. Tüm davranışlara dikkat göstermenin, klinisyenin, bir hastanın her davranışının sebebini ve anlamını bilmesi demek olmayacağının bilinmesi önemlidir. Ancak bu klinisyeni olabildiğince hastanın davranışlarına dikkat göstermeye yönlendiren bir şeydir. Bu bilgilerin birçoğu değerlendirmede özellikle faydalı olabilir. Bu yüzden klinik psikolog bilgileri toplamaya, kişi ile ilk kez telefonda konuştuğunda, onu bekleme odasında karşıladığında ve onun ne giydiğine bakarak ve hastanın resepsiyonistle kurduğu diyaloğa ve diğer ayrıntılara bakarak başlar. Bir hastayla iletişime girdiğinde klinik psikolog mesleki kimliği ile davranmalıdır yani her zaman klinik psikolog şapkasını giymelidir.

Bir klinik görüşmede şu alanlar genellikle yer alır:

1. **Demografik bilgi:** Ad-soyad, yaş, cinsiyet, medeni hal, ailedeki kişiler, inanç, ırk, meslek, iletişim bilgileri ve diğerleri.
2. **Varolan problem ve geliş nedeni:** Hastanın yardım aradığı ana şikâyetleri nelerdir ve bu problemin nitelikleri nelerdir (örneğin işaretler, belirtiler, ne kadar sürmüştür ve bu işaret ve belirtilerin yoğunluğu ne kadardır)?
3. **Problemin geçmişi ve kişinin psikolojik geçmişi:** Sıkıntıları ne zamandır devam ediyor, semptomların veya zorlanmanın başlamasına neden olan olaylar ve buna bağlı olan ilk semptomlar nelerdir? Kişinin zorlayıcı veya travmatik deneyimleri nelerdir? Geçmişte hastanın karşılaştığı diğer bozukluklar, sendromlar veya semptomlar nelerdir?
4. **Tıbbi geçmişi ve şu anki tıbbi durum:** Hastanın tıbbi geçmişinde önemli sayılabilecek olaylar nelerdir ve şu anki tıbbi durumu nasıl seyretmektedir?
5. **Şu anki ve geçmişteki sosyal durumu:** Şu andaki yaşam koşulları, yakın ilişkileri, arkadaşlıkları, sosyal ağı ve destek alma kaynaklarının yapısı ve kalitesi nasıldır? Geçmişteki ilişkileri nasıldır? Şu andaki ilişkileri nasıl seyretmektedir?
6. **Aile hikâyesi:** Aile üyeleri arasında psikolojik sıkıntısı olanlar var mıdır? Ailede ne çeşit stres faktörleri vardır?
7. **Çocukluk, ergenlik ve erken yetişkinlik hikâyesi:** Çocuk büyürken aile çevresi nasıldı? Ailesi ve ebeveynleri destekleyici ve gerektiğinde yardıma hazır mıydılar? Bu süreç içeresinde, meydana gelen önemli olaylar nelerdi ve hasta, eğitim ve sosyal alanda ne kadar iyi performans göstermiştir?

8. **Daha önce alınan tedaviler:** Şu andaki problemleri veya geçmişteki başka problemler için hasta hiç tedavi görmüş müdür? Bu tedavi faydalı oldu mu ve hasta terapistle iyi bir bağ sağlayabildi mi?

Bu alanları birbirinden farklı bölümler olarak burada sunmuş olmamıza karşın, gerçekte, klinik psikolog bu alanları adım adım takip etmez ancak daha çok hasta ile olan etkileşiminin akıcılığında değerlendirir. Açık uçlu sorular (örneğin 'Ormancılık ile uğraşan bir köyde büyümek nasıl bir şey?' şeklinde bir tek kelimelik veya evet-hayır şeklinde cevabı olmayan sorular) tipik olarak görüşmede kullanılan sorulardır. Özgül bir cevap almak için bazen klinik psikolog açık-uçlu soruların devamında daha özgül olan kapalı-uçlu sorular (örneğin "O köyde kendini izole edilmiş hissettin mi" şeklinde çok daha spesifik bilgiler edinmek için) sorar. Klinik psikolog görüşmeyi, doğallıktan uzak bir otomatik bilgi toplama işlemi yerine sıcak bir etkileşim içeresinde gerçekleştirmelidir.

Görüşme unsurlarından biri de Akıl Durum Muayenesi (ADM) olarak bilinen ve tipik olarak klinik görüşme boyunca kullanılan bir tamamlayıcıdır. ADM ilaç kullanımında bir fiziksel muayenenin karşılığı olarak düşünülür, bu psikolojik problemlerin semptomları ve işaretlerini gösteren işlevin birçok alanını kapsamaya çalışır. ADM, açık bir dille ifade edilenlerden (örneğin doğrudan soru yöneltilerek) veya gözlemlerden oluşur:

1. **Dış görünüm:** Hastanın görünümü ve giyimi.
2. **Davranış:** Hastanın konuşmasındaki, davranışındaki, kendi kontrolü dışındaki hareketlerindeki ve diğer şeylerdeki anormallikler.
3. **Oryantasyon:** Zaman ait oryantasyonu (örneğin yılı, ayı ve günü biliyor olması), yere ait oryantasyonu (örneğin nerede olduğunu bilmesi), benliğine ait oryantasyonu (örneğin kim olduğunu bilmesi)
4. **Hafıza:** Şu andaki ve uzak geçmişindeki olaylar hakkındaki hafızası.
5. **Duyuları:** 5 Duyu içerisinde herhangi bir duyuya ait problemin varlığı.
6. **Psikomotor aktivite:** Hastanın davranışı, örneğin hareketlerinde yavaşlık göstermesi (psikomotor gecikme) veya ajite/kontrolsüz hızlanan davranış (psikomotor ajitasyon).
7. **Farkındalık durumu:** Kafa karışıklığı içinde ve şaşkın bir halde olmaktan çok uyarılmış ve farkında olma haline kadar yayılan bir yelpazede hastanın bulunduğu farkındalık durumunun derecesi.
8. **Etki:** Hastanın duygularını ifade etmesi ve bununla birlikte bu ifadenin derecesinin ve uygunluğunun durumu (örneğin üzüntü verici bir durumda gülmek).
9. **Duygudurum:** Görüşme sırasında hastanın genel duygudurumu (örneğin sinirli, üzüntülü, endişeli).
10. **Kişilik:** Hastayı tarif eden genel yaklaşımlar (örneğin dışa dönük, manipüle eden, inatçı).
11. **Düşünce içeriği:** Varsanıların/halisinasyonların (var olmayan şeylerin algılanması, görülmesi, duyulması, koklanması) veya sanrıların/hezeyanların varlığı (örneğin devlet gizli servisi tarafından izlenmek veya uzaylılarla iletişim içinde olmak gibi gerçekliği olmayan, kaynaksız inançlar).

12. **Düşünce işlevleri:** Hastanın konuşmasının mantıklı olup olmadığı ya da başıboş olup olmadığı veya hastanın birbirinden bağıntısız düşüncelere sahip olup olmadığı, düşüncelerin birliktelik içinde olup olmadığı (konudan konuya ve fikirden fikre çok çabuk bir şekilde atlamak), teğetsel geçişli konuşma ve diğerleri.
13. **Zeka gücü:** Hastanın zekasının güçlülük derecesi, bu sıklıkla hastanın kelime dağarcığıyla alakalıdır.
14. **Muhakeme etme ve iç görü:** Hastanın karar verme becerisi ve kendi sorunlarını anlayabilme kapasitesi.

ADM'ye ek olarak klinik psikolog görüşme sırasında konu edilen özel klinik durumlara da ilgi gösterebilir. Örneğin, eğer hastanın intihar etmeye veya cinayete eğilimi olabileceğine inanması için bir sebep varsa, klinik psikolog bir intihar veya cinayet riski değerlendirmesi yapacaktır. İntihar veya cinayet risk değerlendirmesi için kullanılan prosedür Kutu 7.1 de sunulmuştur.

Yapılandırılmamış Görüşmeler

Görüşmelerin ilk aşaması yapısal bakımından çeşitli biçimlerde olabilir. Örneğin, bir önceki tanımı yapılan klinik görüşme, büyük oranda, genelde hep kullanılan bir klinik görüşme tipi olan yapılandırılmamış veya yarı-yapılandırılmış görüşme temelli bir görüşmedir (Mohr ve Beutler, 2003). Bazı görüşmeler hiçbir standardı olmayan hemen hemen tamamıyla yapılandırılmamış haldedir.

KUTU 7.1

İNTİHAR RİSKİNİ DEĞERLENDİRME

Gerçekleşmiş intihar girişimi nadiren karşılaşılan bir olay olmasına karşın, çeşitli hastalıklar ve psikolojik problemler içinde olan bireyler için gerçekten endişe verici bir durumdur. Çünkü intihar aniden karar verilen bir hareket değil ancak üzerinde düşünülen, kafa yorulan ve bazen kişinin diğerleri ile konuştuğu bir harekettir (Yufit ve Lester, 2005). Cinayet veya intihar riskinin değerlendirmesinde, kişiye bir dizi sorular sorularak verdiği tepkinin derecesine göre intihar fikrinin varlığından söz edilebilir. Her soruya verilen pozitif cevaplar riski yükseltir. Sorular şunlardır:

1. İntihar etmeyi düşünüyor musunuz?
2. Bir planınız var mıdır ve varsa plan nedir (daha fazla detaylı plan, daha büyük risk)?
3. Planı yürütmek için bir alanınız var mıdır (örneğin hangi köprüden atlayacağını biliyor musun, evde mermileri olan bir silahın var mıdır gibi)?
4. İntihar girişiminde bulunacak mısınız? Geçmişte hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
5. Eğer yoksa, intihar etmekten sizi uzak tutan şey nedir, yani, sizi böyle bir girişimden uzak tutan sebepleriniz nelerdir? Klinik psikolog hayatın devamı için kayda değer bir sebep olup olmadığını belirlemeyle ilgilenmektedir-örneğin dini inanç ya da kişinin ailesini intihar nedeniyle sersefil etmekten kaçınması.

Dahası, bu görüşmeler çok esnek olabilir, klinisyen hastanın aklına gelen herhangi bir konuda konuşmasına izin verebilir ve klinisyen değerlendirmesinde hastanın işlevinin bazı yönlerinde araştırmasını yapabilir. Bu tip görüşmelerin çeşitleri sık sık psikodinamik eğitimi görmüş klinisyen ve danışan-merkezli terapi bakış açısıyla çalışanlar tarafından kullanılır. Yapının eksikliği ve klinik değerlendirme yüzünden yapılandırılmamış görüşmeler seçilir. Güvenirlik ve geçerliğin bazı formlardaki eksikliğin olması nedeni ile tartışılması gerektiğine dair bazı görüşler vardır. Yapılandırılmamış ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin yararlarına ve olumsuz yanlarına aşağıda değinilmiştir:

Yapılandırılmamış Görüşmenin Olumlu Yönleri

1. Yapılandırılmamış değerlendirmeler hasta ile klinisyen arasındaki ilişkiyi sağlar.
2. Görüşmenin esnekliği hastanın karşı tepkilerine göre çoğaltılabilir veya azaltılabilir.
3. Görüşmeler hem öncesinde hem o esnada değişime uğrayabilir.
4. Görüşmeler kesin terimler ve normlar tarafından sınırlandırılmaz.

Yapılandırılmamış Görüşmenin Olumsuz Yönleri

1. Klinisyenden klinisyene farklılık gösteren görüşmenin geçerliğini ve güvenirliğini bilmek zordur.
2. Yapılandırılmamış görüşmelerin bilimsellik anlamında güvenirliği kısıtlıdır.
3. Görüşmeler klinik eğilimlere karşı hassas olabilir.

Yapılandırılmış Görüşmeler

Diğer görüşmeler, özellikle araştırmalarda kullanılanlar, yüksek derecede yapılandırılmıştır ve özgül olarak semptom bilgisi veya tanısal doğruluğu ortaya koyması için kullanılır. Görüşmelerin bu çeşitleri genellikle yapılandırılmış tanısal görüşmeler olarak bilinir ve tipik olarak bazı diğer tanısal sistemlerin veya *DSM-IV-TR* tanısal kriterleri üzerine kurulmuştur. Yapılandırılmış tanısal görüşmenin asıl amacı açık bir tanı sağlamaktır ve bu illе de diğer klinik ilgi alanları hakkında bilgi sağlanmasını gerektirmez. Bu görüşmelerde, klinik psikologlar soruların, özgül bir yönetimini izler ve bu sorular çok spesifik konuları kapsar. İşaret ve semptomlardan oluşan, araştırılan bozukluğun var olup olmadığını tespit eden ve belli bir sıra izleyen listeden oluşmaktadır ki genellikle şıklardan sorunun cevaplarını verebilecek şekilde verilmiştir. Mohr ve Beutler'e göre (2003) Tanı için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID; First, Spitzer, Gibbon, ve Williams, 1997) *DSM-IV-TR* için altın standart görüşme formudur.

Yapılandırılmış tanı görüşmeleri, temel olarak araştırma bağlamlarında kullanılır çünkü görüşmenin yapısal çeşidi tanının güvenirliğini arttırır. Muhtemelen görüşmeyi tamamlamak uzun zaman aldığından ve klinisyenler sık sık semptom ve işaretlerin varlığı veya yokluğundan daha çok bilgiye ihtiyacı olduğundan görüşmelerin bu çeşitlerini tipik olarak klinik bağlamda kullanmaz.

Yapılandırılmış Görüşmenin Olumlu Yönleri

1. Yapılandırılmış görüşmeler tanıların geçerliği yüksek orandadır.
2. Araştırma ortamları için iyi malzemeler sağlar.
3. Spesifik bozukluklar için modüllere sahiptir.

Yapılandırılmış Görüşmenin Olumsuz Yönleri

1. Görşmenin içeriği yalnızca tanıya odaklanmıştır.
2. Görüşmenin yönetimi için uzun zaman harcanır.
3. Görüşme tanıdan başka davranışla ilgili bilgi vermez.
4. Görüşme kullanılmak üzere yeterli bilgiye olanak sağlamaz.

◇ OBJEKTİF TESTLER

Çoğu zaman, klinik psikologlar çabuk ve etkili olarak psikopatoloji ile bağıntılı faktörleri değerlendirmek isterler. Örneğin, semptom seviyeleri, psikopatolojinin bakımı ve gelişimi ile ilgili kişisel faktörleri ve psikolojik zorlukların davranış ile ilgili faktörleri. Klinik psikologlar testler veya objektif testler olarak adlandırılan araçları kullanabilir Açıklanan sorulara verilen cevapları dikkatlice raporlar. Objektif testler genellikle cevapların sınırlı bir oranı ile araçların (kötüyüm veya insanlardan korkarım gibi) bir kısmını ve psikopatolojiyi veya kişiliğin bazı yönlerini değerlendiren araçların bir serisinin sunum formunu alarak yapılandırır (doğru veya yanlış, katılıyorum veya katılmıyorum ya da 1'den 7'ye kadar katılımın oranlaması gibi). Testler objektif bir şekilde puanlamaya uygundur ve hasta bunun farkında olabilir ve oranlayabilir ki olası araçların ve cevapların önceden belirlendiği oranda objektiftir. Her maddesi ve cevapları önceden oluşturulmuş olan objektif testler hastanın verdiği cevaplar doğrultusunda patolojisinin iyileşip iyileşmediğini gösterebilmektedir.

Objektif testler kendini değerlendirme envanteri olarak ta adlandırılır, kendini-değerlendirme envanterleri, sıklıkla ve kümenin bir türü, tarihsel olarak kullanılan ve klinik psikologlar için önemli bir aracı temsil etmektedir. Testler, genel olarak kişinin bilinçli fonksiyonlarını değerlendirir. Diğer bir deyişle, hastalar davranış oranlarını, davranış farkındalığını bilgileri dahilinde kurar. Böylece, kişi bilinçaltı işlevlerinden ve savunmalarından kurtulacaktır.

Objektif testler, zamanın sürecinde ekonomi ve maliyet (kendini-değerlendirme envanteri karakterlerin geniş gruplarını yönetilebilir ve bir klinisyen olmaksızın tamamlanabilir), puanlaması kolay, sıklıkla yorumlaması kolay, yönetmesi kolay ve pek çok avantaj içermelerine karşın hasta için şüpheli olabilir çünkü her yanıtın açıklaması ve genişletilmesi veya cevapların yeterli olması fırsatı yoktur. Puanlamanın kolay olması ve yorumlamanın kolay görünmesi sebebiyle kendini değerlendirme ölçümleri uygunsuz olarak kullanılabilir.

Objektif testlerin diğer bir zorluğu ise hastanın doğru cevap vermek yerine yanlış cevabı klinisyene verebilmesidir. Örneğin, olumlu cevap vereceği bir soruya olumsuz (örneğin, sigorta amaçlı araba kazasında psikolojik travma için bir değerlendirme sözkonusu ise veya hizmetlere hızlı erişim almaya çalışırken eğer değerlendirilen varsa); olumsuz cevaplayacağı bir soruya olumlu yanıt verebilir ki (örneğin, velayet için değerlendirilmekte olan veya cezaevinden erken tahliye için değerlendirilmekte olan biri varsa) bu da değerlendirmenin farklılaşmasını sağlayabilir Bu durumu, **cevap kümeleri** veya **test alma zorlukları** olarak adlandırıyoruz. Aşağıda verilen yanıtlarla ilgili bir dizi madde bulunmaktadır:

1 **Psikopatolojiyi reddetme:** Hasta kendini olumlu gösterme eğilimindedir. Patolojisini inkar eder, olduğundan iyi göstermeye çabalar.

2 **Psikopatolojiyi abartma:** Hasta kendini olumsuz gösterme eğilimindedir, kendini olduğundan kötü göstermeye çabalar.

3 **Kabullenici:** Hasta maddelerdeki her şeyi kabul eder.

4 **Reddedici:** Hasta maddelerdeki her şeyi reddeder.

5 **Dikkatsizlik/İstikrarsızlık:** Hasta cevaplarından tutarlı değildir/dikkat eksikliği vardır. Soruları seçkisiz bir şekilde cevaplamaktadır.

6 **Kendini aldatma:** Hastanın problemleri kronikleşmiş ve hayat biçimi haline gelmiştir ya da problemlerine karşı iyimser ve olumlu bir tavır sergiliyordur.

Böylece bu maddelere dikkat ettiğimizde hastanın vereceği cevapların gerçeği yansıtıp yansıtmadığı incelenmelidir. Test geliştirenler bu durumları en az seviyeye indirecek önlemler almaya çalışmaktadır. Aynı zamanda test sonuçları değerlendirilirken kişinin patolojileri de göz önünde bulundurularak teste verdiği cevapların nedenleri düşünülmelidir. Böylece klinisyen hastaya olan yaklaşımını ona göre belirler (Butcher,1990). Örneğin, kişinin eğilimlerini bilmek çok kullanışlıdır örneğin, klinik süreçteki katılımında sahtekarlığı doğru yorumlamayı kesinleştirmek için kapsamlı eğitim isteyen çok popüler psikodiagnostik testlerin bir dizi bağlamda açıklanacak olması, testten teste göre çeşitlilik göstermesi ve önyargılı cevaplarla nasıl başa çıkacağını gösterir.

MINNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ (MMPI-2) MMPI-2'NİN YENİDEN YAPILANDIRILMIŞ FORMU (MMPI-2-RF) VE MMPI-ERGEN (MMPI-A)

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI; Hathaway ve McKinley, 1940) ve revize edilmiş hali MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen ve Kaemmer, 1989) klinik kişilik testleri arasında en çok tercih edilen testlerdir (Nichols, 2001). MMPI klinik psikoloji alanında kullanımı uzun bir geçmişe sahiptir ve 1940'larda geliştirildiğinden bu yana değerlendirmelerde kullanılmaktadır. Başlangıçta psikolog Starke Hathaway ve psi-

kiyatrist John McKinley tarafından, psikiyatrik hastaların hızlı tanısında yardımcı olmak için Minnesota'da geliştirildi; MMPI hızlı bir şekilde gelişti, en sık ve en çok kabul gören ve dünyada kullanılan kendini değerlendirme, psikolojik değerlendirme aracı oldu. MMPI'ın kendisi veya MMPI kullanılarak araştırma protokolü yapılan inanılmaz miktarda binlerce görgül araştırma ve yayınlanan makale bulunmaktadır (Nichols, 2001). MMPI Yaygın bir ölçme aracı olarak kullanılmışsa da ilerleyen zamanlarda kelime içeriği ve kelime yetersizliği açısından Ağustos 1989'da revize edilmiş ve MMPI-2 olarak isimlendirilmiştir. Revize edilmiş hali hem orijinal MMPI'ın güçlü yönlerini almış olmakla birlikte dili düzeltilmiş ve klinik alt ölçekleri daha belirgin hâle getirilmiştir.

MMPI/MMPI-2, 18 Yaş ve üzeri kişilerde kullanılan psikotanısal değerlendirme için psikopatolojiyi ve kişilik yapısını belirlemekle kalmayıp evlilik terapileri ve aile danışmanlığında yoğun bir şekilde kullanılmaya başlamıştır (Greene,2000). Envanter toplam 15 testten oluşmakta 5 testin dahil olduğu geçerlik ölçeklerinde test alanın tutumunu değerlendirmede, 10 test ise klinik ve kişilik ilişkileri için kullanılmıştır. Tablo 7.2 ölçeklerin kısa betimlemeleri ve isimleri sunulmuştur. Buna ek olarak, MMPI-2 çok sayıda ilişkili klinik ölçekle bütünleştirilmiştir.

TABLO 7.2 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2 Ölçeği (MMPI-2)

ÖLÇEK ADI TANIM	DESCRİPTİON
Geçerlik Ölçekleri	
L (Yalan)	Savunmalar
F (Sıklık)	Tekrarlanan Semptomlar
K (düzeltme)	Alttan yapılan savunmalar
Trin (doğru verilen cevapların tutarsızlığı)	
Vrin (Değişken cevapların tutarsızlığı)	
Klinik Ölçekler	
1 Hipokondri	Bedensel şikâyetler
2 Depresyon	Depresyon
3 Histeri	Histerionik savunmalar
4 Psikopatik Sapma	Psikopati
5 Erkeksilik/kadınsılık	Cinsiyet rolü kimliği
6 Paranoya	Paranoid düşünceler ve fikirler
7 Psikasteni	Tekrarlanan Obsesyon ve anksiyete
8 Şizofreni	Psikotik ve sosyal geri çekilme
9 Hipomani	Mani ve bastırılan duygular
10 Sosyal içe dönüklük	Sosyal içe dönüklük

Geçerlik Ölçekleri

Hathaway ve McKinley ilkönce hastaların yanıt setleri üzerinde bir tanımlama yaptı bu bir sorun olarak devam etti ve ön yargılı cevapları kontrol etmek için, üç alt ölçek geliştirdi ve geçerlik ölçümlerini belirledi. Geçerlik, bu durumda, belirli bir hasta için test sonuçlarının nasıl geçerli olduğu ile ilgilidir. Geçerlik ölçümlerinin bir veya daha fazlasından alınan yüksek bir puan tüm test sonuçlarını geçersiz kılabilir ve bulgular yorumlanırken daha çok orta puanlı yanıt setleri dikkate alınır.

Psikopatolojinin altında raporlama veya savunmaların iki ölçümü vardır. **L ölçeği**, orijinal olarak yalan ölçeği, savunmaları ölçmek için oluşturulmuş ve benzer sorunların karşılaştırılmamasını sağlamakla birlikte hasta bir soruyu doğru olarak yanıtlarken aynı sorunun başka formunda yanlış olarak yanıtlayabilir. Kişi kendi ile ilgili sorulara olumsuz yanıt verirse, örneğin, "her zaman doğruyu söylemem veya bazen sinirlenirim". Bir kişi kendi ile ilgili olumsuz veya uygun olmayan şeyleri göstermemek için hazırlanmış ise bu kişi ölçümde yüksek puan alacaktır. **K ölçeği**, kendisi ile ilgili olumlu bir imaj bırakmak için kişinin içtenliğini, arzusunu bize gösterecek şekilde geliştirilmiş bir ölçümdür. K ölçeğinin araçları L ölçeğinden daha kurnazcadır ("insanlar sık sık beni hayal kırıklığına uğratır." ve " insanların düşüncenin neresinde durduğumu bilmelerine izin vermekten hoşlanırım") ve bu nedenle psikopatoloji ile ilgili az cevap verme ya da aşırı cevap verme gibi bilinçli girişimlerden daha az etkilenir. Son olarak **F ölçeği**, ayrıca nadirlik ölçeği olarak da bilinir, toplum tarafından kabul edilmeyen, alışılmamış tutum ve davranışları ölçer ya da birey kendini olumsuz ve kötü olarak gösterir. F ölçümünün alışılmamış içeriklerini yansıtan araçlardır, örneğin, "insanlarla olduğumda, acayip şeyleri duymaktan rahatsız olurum" ve size ne olduğunu hiç kimse çok umursamaz". Bu ölçeklerin puanları ve özellikle üç ölçek arasında belirli örüntüler, test alma tutumları ve kişinin kişilik sitilleri ile ilgili bilgi sağlanabilir (Graham, 2000).

MMPI-2 de, 3 geçerlik ölçümü bulunmaktadır; test alanın tutumları, diğer birkaç ölçümün değerlendirilmesi ve cevapların tutarlılığı (örneğin, testin tamamını cevaplarken kişinin tutarlı olup olmadığı değerlendirir) cevap setlerine değerlendirmeyi kolaylaştırmak için eklenmiştir.

Klinik ölçümler

Daha özel kişilik özelliklerle ve alt ölçeklerin klinik sendrom ve değerlendirmesi ile ilgili olarak Hem MMPI hem de MMPI-2'de on adet ana klinik ölçek belirlenmiştir ki MMPI geliştirildiği zamanların terminolojisi bazı vakalarda biraz demode olmuştur. Son zamanlarda bu eski terimleri kullanmaktan çok alt ölçekler Tablo 7.2'de görüldüğü gibi numaralarla gösterilmiştir. Bozuklukları nörotik izge (spektrum) içinde değerlendiren dört klinik ölçek vardır: Hipokondri, Depresyon, Histerik Nevroz ve Psikasteni (1,2,3 ve 7 ölçekler) Ölçeklerden biri Psikopati ile tutarlı davranışları ölçer, bu Psikopatik Sapma (ölçek 4) olarak adlandırılır; psikotik izgede (spektrum) üç bozukluk ölçümü vardır: Paranoya, Şizofreni, Hipomani (ölçüm 6, 8, 9). Son olarak iki klinik ölçüm kişilik özellikleri ile sosyal çekingenlik ve içe kapanma ile ilişkilidir (Ölçek 10); geleneksel cinsiyet rolünün tanımlar: Erkeksilik/Kadınsılık Ölçeği olarak bilinir (Ölçek 5).

Klinik ölçümler çoğunlukla çeşitli bozuklukların adlarını taşımlarına karşın, onlar gerçekte davranışları ve özelliklerini ölçer ki bireylerde bu bozukluklardan çok bozukluğun biricikliği tanımlanır. Örneğin, Groth-Marnat'a (1990) göre, Ölçek 1 (Hipokondri Ölçeği) "kişilik özelliklerinin bir çeşidi olan hipkondri ile sıklıkla tutarlı olduğunu ama hipokondrinin tanımı gerekli olmadığını" gösterir (s., 200). Bu kişiler kendilerini davranışlarından ziyade hastalıkları ile kendini ifade eden, doyumsuz, olgunlaşmamış, kötümser, başkalarını kontrol eden kimselerdir. Diğer klinik ölçeklerde, bozuklukların kendi yapısından çok bozuklukların özelliklerinin ölçümü anlaşılmaktadır.

Yorum

Genel olarak hastada bir ya da daha çok bozukluk ortaya çıktığı zaman, hastaya yardım için hızlı bir teşhis yapmak amacıyla MMPI orijinal olarak tasarlanmıştır. Bir hastada klinik ölçeklerin bir ya da ikisinin yüksek olduğunda bireyim bu yükseklikler için hızlı tanı alması acil olur. Hastanın profilinin net bir şekilde saptanması yerine örneğin, bir yalın bakışla ve sıklıkla çok sayıda klinik ölçümün yükseldiği görülür (Graham, 2000). MMPI'in başlangıç amacı hızlı tanının koşullarını karşılamak değildi, ama örüntünün yorumlanması, yükselmelerin yapılandırılmasında çok gerekli olduğu görüldü ve temelde bugün bu yöntem kullanılmaktadır. Klinik ilişkilerin çoğunda ve ölçeklerin kombinasyonlarında MMPI ve MMPI-2'nin temel formunun yorumu için yıllar boyunca süren araştırmalar yapıldı; böylece tanı ve semptom bilgisi sağlamanın yanı sıra, MMPI-2 diğer tür bilgiler; kişiler arası sorunlarıyla ilgili, kişilik özellikleri ile ilgili çeşitli bilgi, başa çıkma ve savunmalar, kişilik bozuklukları ile ilgili konularda ve benzeri konularda da bilgi sağlar.

Açıklamanın asıl süreci klinik değerlendirmede kullanılan herhangi bir ölçüm ile oldukça tutarlı olan bir süreci içerir. İlk olarak, klinik psikolog testi yapabilmek için uygun zamanı kesinleştirmelidir. İkinci olarak, klinik psikolog test yanıtlarının geçerliğinin belirlenmesine ihtiyaç duyar ve protokolün geçerli olduğundan emin olmalıdır. Üçüncü olarak, klinik psikolog klinik ölçümleri ve puanlamaların örüntülerini yorumlar. Dördüncü olarak, klinik psikolog MMPI ve MMPI-2 içindeki diğer ölçekleri yorumlamalıdır (örneğin tamamlayan ölçümleri ve diğer içerik ölçümleri), yorumun tamamını kolaylaştırmak için ince ayar yaparak yorumlar.

"Greg" in MMPI-2 profilinin yorumlamasının bir örneği 7.2. nolu kutuda göstermiştir.

Geçerlik ve Güvenirlik

Görevli klinik psikolog bir materyal kullandığında testin objektif test olup olmadığını anlamak için geçerliği ve güvenirliği olduğunu kültüre uygunluğunu değerlendirmelidir. Bu konseptler öğrenciye kitabın 3. Bölümünden ve önceki bölümden tanıdık gelmelidir. MMPI ve MMPI-2 geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek için büyük bir ilgi vardı ve materyallerin psikometrik gücü ile pek çok test çalışması yapılmıştır. MMPI-2 güvenirlik düzeyinin, makul seviyelerde olduğu gösterilmiştir.

KUTU 7.2

MMPİ SKORLARİ VE GREG'İN YORUMU

Ölçek	Ham Puan	T Puan
Geçerlik Ölçekleri		
Sıklık (F)	17	90*
Geri Sıklık (F)	11	87*
Yalan (L) Ölçeği	5	55
K Ölçeği	10	39
VRİN	8	60
TRİN	10	63
Klinik Ölçekler		
1-Hipokondri	10	42
2-Depresyon	18	50
3-Histeri	12	33
4-Psikopatik Sapma	24	52
5-Erkeksilik/kadınsılık	27	52
6-Paranoya	18	79*
7-Psikasteni	30	56
8-Şizofreni	44	81*
9-Mani	25	62
10-Sosyal İzolasyon	25	50

Not: Klinik Kesimi 65 T Puanı

Geçerlik ölçümü (L,F ve K) Greg'in MMPI-2 testindeki geçerlik biçimine yaklaşımını gösterir. Onun L ve K ölçeklerinin puanları, savunmanın göstergesi değildir. F ölçümü üzerinde 89'un T puanı anormal davranış ve tutumlardaki sapmanın büyük bir sayı olduğunu kabul ettiğini varsayar.

Yine de F ölçüm puanlaması sahte-kötü yanıtlama veya seçkisiz varsayım için yeterince yüksek değildir. F ölçümünde yüksek puan, iki klinik ölçüm, T skorları 75'ten daha yüksektir ve yükselen 8-6 alt testleri ise (en yüksek yükselme) ciddi psikopatoloji göstergeleridir. Bu izlenim içerik ölçeklerinin altısının üzerinde ve klinik profil ölçeklerinin pozitif eğrisinde büyük ölçüde yükselmiş puanlar tarafından pekiştirilir (profilin sol tarafı düşük, sağ tarafı yüksek). 2 ve 7 ölçeklerde yüksek puanların yokluğu Greg'in karmaşık duygular yüzünden bunaltı hissetmediği varsayılır. 8-6 kod

(devam ediyor)

KUTU 7.2 (DEVAMI)

tipine göre her iki ölçeğin puanın Ölçek 7 puanından oldukça yüksek olması, Greg'in açıkça psikotik semptomlar deneyimlediğini göstermektedir. Onun düşünceleri otistik, parçalanmış ve teğet gibidir, tesadüfidir ve düşünce içeriği tuhaftır (bizar). Onun odaklanmasında ve dikkatinde güçlükler, belleğinde eksiklikler ve yargısında zayıflıkları olması olasıdır. Düşmanlık veya büyüklük hezeyanları ve halüsinasyonları bulunabilir ve gerçek dışı hisleri olduğunu rapor edebilir. Greg özellikle günlük hayatta sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmakta, stresi azalana kadar fanteziye ve gündüz hayallerin dalmaktadır.

MMPI-2 verisi Eksen I'deki paranoid şizofrenik tip bozukluğun tanısı ile tutarlıdır. Greg için Eksen II ile ilgili doğrudan bir açıklama yapılamaz. Ancak bu semptomlar ve kişilik özellikleri MMPI-2'de belirtilen şizoid kişilik bozukluğunun tanısı ile tutarlıdır.

Graham'ın (1993, s., 256-257) izniyle uyarlanmıştır.

Güvenirliği klinik ölçekler için yaklaşık olarak dağılım aralığı 58 den 92 ye kadardır (Butcher ve ark., 1992). Geçerliğine göre, stratejilerin bir çeşidi olarak kullanılan, tasarlanan yöntemlerle, kanıt toplanmasını önerir ki MMPI-2 bazı yazarlara göre, geçerlik gerçek bir MMPI/MMPI-2'nin gücüdür (Graham, 2000; Nichols, 2001). Sonuçta, MMPI-2'nin geçerlik ve güvenirliğinin yeterli olduğu görünür. Çoğu araştırmacının uzlaşmasına karşın MMPI-2'nin hâlâ psikometrik açılardan betimlenmesi ki tekrarlanmasını ve doldurması gerektiğini belirtir. Özet olarak, MMPI-2'nin aşağıda sıralanan eksikliklerinin yanı sıra çok sayıda pozitif özelliği vardır.

MMPI-2'nin Olumlu Yönleri

1. Yorumlarının güçlü ve geniş görgül bir temeli vardır.
2. Uzun süreli araştırmalara dayanarak oluşturulmuştur.
3. Klinik ve araştırmalarda kullanılmak üzere geçerliği ve güvenirliği yeterlidir.
4. Ölçümleri, aşinadır, popülerdir, iyi bilinir ve saygı duyulur.
5. MMPI ve MMPI-2'de birçok klinik bilgiye ulaşılabilir.
6. Uygulanması kolaydır ve çeşitli popülasyonlarda kullanılabilir.
7. Puanlaması objektif ancak komplikedir.
8. Semptomların, sendromların ve kişilik özelliklerinin derecesine görüp değerlendirme yapmak mümkündür.

MMPI-2'nin Olumsuz Özellikleri

1. Bu ölçek, benzer ölçeklere göre oldukça uzundur.
2. Standardize örneği orijinalinden daha iyidir, bu da bir problemdir.
3. Eğer, MMPI ile yapılan araştırmalar, MMPI-2'ye genellenirse onlardan emin olunamaz.
4. Alt ölçeklerin içeriği ve kullanılan eski terimler kafa karışıklığına neden olabilir.
5. Normatif örnekler, yüksek sosyoekonomik ve eğitime statüsünde olan kişileri temsil etmemektedir.
6. Yorum süreci kolay değildir ve komplekstir.

MMPI-2'nin Yeniden Yapılandırılmış Formu

MMPI-2'nin yeni bir versiyonu (MMPI-2-RF) Ben-Porath ve Tellegen (2008) tarafından son zamanlarda MMPI-2 de klinik ölçümler ve geçerliğin sürecinin daha gelişmiş ölçümü ve daha ayrıntılı bir özet olarak geliştirilmiştir. MMPI-2'nin yerine geçmesi için geliştirilmemiştir ancak bir alternatif olarak kullanılabilir. Yazarlar MMPI-2 olarak aynı araçlarla kullanılan klinik ölçekler ve yeni geçerlik ölçümleri geliştirmiştir. Klinik ölçekler ve geçerliğin netleştirilmesi ile bağıntılı değişkenlerin açıkça ölçümlerinin sağlandığı iddia edilir. Bu yeni ölçümler yeniden yapılandırılmış ölçümler olarak bilinir ve psikopatoloji ve kişiliğin son modellerinin düşünceleridir. Bu ölçeklerin geçerlik ve güvenirliği son zamanlarda yeni ölçeklerle değerlendirilmektedir.

MMPI-A

Yetişkinler için MMPI-2'nin uygun olmasına karşın, ayrıca MMPI-A, ergenler ile kullanım için uygun bir versiyondurr (Butcher ve ark. 1992). Bu materyal örüntüsü MMPI-2'den sonra ve 14 ile 18 yaşları için uyarlanmıştır. Geçmişte, MMPI tartışmalı ve uygunsuz olarak ergenler ile kullanıldı. MMPI, MMPI-2'ye uyarlanırken ayrıca ergenler için uyarlanan MMPI'ın yeni bir versiyonu geliştirmek için girişim yapıldı (Butcher ve ark. 1992). MMPI'dan orijinal maddelerin çoğunluğu-uygun olmayan bazı maddeler çıkartıldıktan sonra bazı maddeler yeniden yazıldı-ve dahil edilen maddeler ki ergenlerle ilgiliydi MMPI-A ölçeği oluşturuldu. Bazı klinik ölçekler yetişkin versiyonundan daha az maddeye sahip olmasına karşın MMPI-A'nın klinik ölçeği ve geçerliği MMPI-2'nin büyük kısmı ile aynıdır. Güvenirlik ve geçerlikle ilgili değerlendirme çalışmaları MMPI/MMPI-2 kadar çok olmamasına karşın, birkaç raporda MMPI-A'nın psikometirik gücünün ve güvenirlik derecesinin klinik yararının iyi olduğu varsayılmıştır (ör. Arita ve Baer, 1998).

DİĞER ÇOK AMAÇLI KENDİNİ DEĞERLENDİRME TEST ÖLÇÜMLERİ

Million Klinik Çok Eksenli Envanteri (MCMI)

Klinik kullanım için çok eksenli envanter olarak MMPI-2 etkin olmasına karşın, Theodore Millon ve meslektaşları birçok klinik ölçek geliştirmişlerdir ki klinik psikologlar yetişkin klinik örnekler, ergen klinik örnekler ve yetişkin tıbbi örnekler ile kullanır. Million klinik çok eksenli envanter (MCMI; son sürümü **MCMI-III** olarak bilinir; Millon, 1997) popüler olarak yükselen psikopatoloji ve kişilik ölçeği 175 maddeden oluşur. MCMI, MMPI-2'den farklı tasarlanmıştır; bireysel psikopatolojiyi belirlemek için farklı bir puanlama sistemi kullanılır ancak bozuklukların değerlendirmesinde DSM'in türlerine sıkı olarak bağlıdır.

MCMI-II ve MCMI-III'de her iki versiyonda direkt DSM'nin tanı kriterlerine uygun olarak hazırlanmıştır. Bu testi tamamlama geçerliğini ölçmek için 28 alt ölçek, yanıtlama eğilimleri, kişilik yapıları ve klinik sendromlar vardır. Hatırda tutulması gereken önemli bir husus ki MCMI-III'ün yalnız klinik örneğinin geçerliği vardır ve yalnız klinik popülasyon için kullanılır.

Million ve ekibi MCMI-III'e benzeyen diğer iki ölçek daha geliştirmiştir, Million ergenler için klinik envanterin (MACI) ki bu envanter 12 temel kişilik stilinin alt ölçeğinin ölçümüne sahiptir, 8 ergenler için ortak kaygılar ve 7 klinik sendrom açıklandı. Sonuç olarak; gelişen fizyolojik sağlık problemlerinin ortaya çıkması ve tedavisinde psikoloji ile ilgili değişkenlerin bir ölçümü vardır. Million Davranışsal İlaç Tanısı; yanıtların örüntüsünü, baş etme stillerini, psikolojik semptomları, stres ile bağlantılı değişkenleri, tedavi konularını ve sorunlu sağlık davranışlarını ölçer.

Strack (2002) tarafından özetlenen MCMI'nin güçlü ve zayıf yönleri burada listelenmiştir:

MCMI'nın Olumlu Yönleri

1. Kapsamlı bir teoriden oluşturulmuş.
2. DSM güncel tanısal sistemini yansıtır ve özellikle kişilik bozukluklarında oldukça kullanışlıdır.
3. Tanısal oluşuma ne kadar yakın olduğu ile ilgili temel oran sağlar.
4. O güçlü test oluşturma yaklaşımını kullanır.
5. Yönetimi kolaydır.
6. 175 madde içerir ki diğer çok amaçlı ölçümlerden daha kısadır.

MCMI'nın Olumsuz Yönleri

1. Doğru ve yanlış maddelerin sayısında dengesizlik vardır (Sıklıkla psikopatolojiyi gösteren sorular genellikle "doğru" olarak cevaplandırılır, bu nedenle test boyun eğme yanıt kümesine karşı duyarlıdır).
2. Psikopatolojinin alt klinik düzeylerinin değerlendirilmesi zayıftır.
3. Geçerlik problemleri vardır.

4. Kişilik bozuklukların alt tipleri ölçülememektedir.
5. Normatif örneklerin küçük olmasından dolayı test, tüm azınlıklık gruplarını temsil etmeyebilir.
6. Geçerlik çalışmaları azdır.

Kişilik Değerlendirme Envanteri

Klinik çerçevede önem kazanan psikopatoloji ve kişiliğin çok amaçlı bir ölçümü olarak Leslie Morey (1991) tarafından geliştirilen kişisel değerlendirme envanteri (KDE) üçüncü bir objektif ölçümüdür. KDE 344 maddelik, 22 alt ölçüme sahip ve test yanıtlarının geçerliği, yanıtlama eğilimleri, klinik sendromlar ve kişilik değişkenlerini ölçen bir ölçümdür. Ayrıca Morey diğer ölçümlerde olmayan fakat kliniksel olarak önemli bazı değişkenleri dahil etmiştir: örneğin, özkıyım düzeyi, stres, tedavi yanıtları göstergeleri ve bireysel tamamlama testinin kişilik sitilini yansıtan iki değişken vb, sıkıntılara karşı verilen tepki ve bunların kişiler arası ilişkilere yansımasını ölçer. Bir klinik bozukluğun varlığına karşı yokluğunu ölçmeye teşebbüs etmekten çok KDE bozukluk semptomlarının boyutlarını hafiften, şiddetliye ve altında yatan patolojinin seviyesini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir. MMPI-2 ve MCMI ölçümlerinden oldukça yeni bir test olmasına karşın kullanımı gittikçe arttığı görülmektedir.

Oran ölçümleri

Zamanla klinik psikologlar semptom tiplerini özgül tiplerini kısa ölçümlerini isteyebilirler ve bir özel sendromun semptomların tipik şiddetini ölçmeye çalışmak için çok sayıda oran ölçeği geliştirildi. Bu, tedavi boyunca tarama amaçları için ya da semptomların gözlenmesi için ya da incelenmesi için de yapılabilir. Birçok genel semptom oran ölçeği geliştirilmiştir, örneğin Gözden Geçirilmiş Semptom Kontrol Listesi-90 (Derogatis, 1994), ki alt ölçeklerde kümelenen semptomların (örneğin depresyon, anksiyete ve kişiler arası duyarlılık ölçümleri vardır, hatta çoğu zaman daha özgül derecelendirme ölçekleri kullanılmıştır. Örneğin, Dr. Aaron Beck, oldukça yaygın olarak en çok klinik değerlendirmelerde kullanılan iki oran ölçeği geliştirmiştir, bunlar; Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteridir. Her iki ölçekte 21 maddede listelenen depresyon ve ankisyete semptomları, sırası ile hastaya semptomların şiddeti ile ilgili sorular sormaktadır. Bu ölçekleri o psikolojik zorlukların bütün ölçümlerine dikkat edilmelidir, örneğin; anksiyete ve depresyon semptomları, birbirleri ile ilişkileri yüksektir tipik olarak ilişki düzeyi r = .50 ile .80 arasında değişmektedir ve gerçekten orijinal bir ölçek geliştirmek "tekerleği yeniden icat etmek" değildir ancak çok zahmetlidir. Bizim deneyimlerimiz göre Çok Boyutlu Mükemmeliyet Ölçeği (Hewitt ve Flett, 1991) ve Davranışsal Öfke Tepkisi Anketi (Linden ve ark., 2003) geliştirmek bu sava kanıt oluşturur.

PROJEKTİF TEKNİKLER

Objektif testler ve hastanın davranışları hakkında görüşmeden elde edilen bakış açılarının içeriği üzerinden sağlanan bilginin içeriği ki onların bilinçli farkındalığı vardır, davranışın görünen yüzeyi olarak bilinir oysaki projektif teknikler davranışı değerlendirmeye çalışır ki derin bir düzeydedir ve kişi bunların farkında olmayabilir.

Görüşme süreci yönleri veya hatta objektif test yönetimi ile klinik psikolog bu derin konuların bazıları hakkında bilgi edinebilir, ama yalnız bazı zamanlarda ve yalnız belirli bir derecede.

Projektif tekniklerde hastaya belirsiz uyaran formaları sunulur ki kişiye onların içindeki anlama ilişkin yorumları sorulur ve bu yanıtları raporlanır. Projektif tekniklerin bazı zamanlarda objektif testlere benzer şekilde uygulaması standart hâle getirilmiştir ancak olası yanıtların alternatifleri önceden belirli değildir ve objektif olarak uyaranlar belirsizdir. Onlar, kişinin kişiliği örneğin; güçlükleri, çatışmaları, savunmaları ve baş etme stratejileri kişiler arası ve bilişsel/algısal stilleri, motivasyonları ve daha da ötesi derin bakış açıları hakkında bilgi sağlar. Bazı akademik çevrelerden projektif tekniklere çok eleştiri yapıldığı görünüyor olsa da önce sunulan klinik değerlendirme test kullanım anketlerinde de belirtildiği gibi, bunların kullanımı, psikolojik değerlendirmenin istikrarlı ve önemli bir parçası olarak kalır.

Önceleri, projektif hipotez olarak bilinen projektif tekniğin arkasındaki fikrin temel olduğu düşünülüyordu: Uyaranlar algılanır ve sıklıkla bireyin bilinçli farkındalığının dışında çalışan bireyin motivasyonlarına, ihtiyaçlarına, heyecanlarına, çatışmalarına, algısal yapılarına ve bilişsel yapılandırmalarına göre organize edilir (Teglasi, 2001). Diğer bir deyişle projektif teknikler altta yatan bir yansımayı yansıtır ya da bilinçdışı ihtiyaçları ya da belirsiz uyaranlar üzerindeki çatışmaların yanıtlarıdır.

Ancak, Rorschach Mürekkep Lekesi Tekniği (RIT/RMT)'ni geliştireni Hermann Rorschach'da dahil olmak birçok önemli projektif uzman, projektif tekniklerin mutlaka savunma mekanizması projeksiyonunun çalışmasını yansıtmalarının gerekli olmadığını belirtmiştir. Aslında, uyaranları kişinin psikolojik özelliklerinden, kişilik sitilleri ya da özelliklerinden, kişinin son zamanlardaki psikolojik durumundan temellenir ve çok sayıdaki olası tepkiden bir ya da daha çok tepkinin seçilerek yanıtlandığı düşünülür. Böylece projektif tekniklerle ilişkili olduğu görülen bireyin kendini yansıtmasından çok, psikolojisinin üzerinde temellenen tepkinin organizasyonudur. Mürekkep lekesi sunulduğunda, hastanın bir yarasa görmesi o kadar önemli değildir. Mürekkep lekesinin bir yarasa olarak hasta tarafından yorumlanmasında önemli olan lekeye bakış açısının ne olduğudur.

Yıllar içinde çok sayıda projektif teknik geliştirildi ve biz onlardan çok yaygın olarak kullanılanların üstünde duracağız.

Rorschach MürekkepLekesi Tekniği (RMT)

RMT (İngilizcesi: RIT/Rorschach Inkblot Technique) (Rorschach, 1921) 1920'lerde Dr. Hermann Rorschach tarafından geliştirildi, İsviçreli bir doktor olan Rorschach, tepkilerin belirsiz uyaranlara karşı organize edilmesinde algısal ve psikolojik işlevleri anlamak konusuyla ilgileniyordu. Bu konudaki inancı şuydu: belirsiz mürekkep uyaranına gösterilen tepkiler kişinin algısal organizasyonunun prensiplerinin ve algılar ile kişilik yapısı arasındaki bağın varolduğunu yansıtıyordu (Klopfer ve Davidson, 1962). Rorschach klinik bir enstrüman geliştirmeyi denemiyordu, aksine, o bir araştırma paradigması geliştirmeyi deniyordu. Bu paradigma "psişe" olarak farklı tanısal grupların nasıl farklılaştığını, mürekkep tekniği ile bireylerin bilişsel yapısını ve algısal organizasyonlarını araştırmak yoluyla anlamaya yardım edecek bazı önemli prensipler ayırt edilebilsin. Bu şu demekti:

önemli olan şey (ve önemli olmaya devam eden şey) içerik değildi ancak bireyin bu mürekkep şekillerini nasıl algıladığı ya da nasıl organize ettiğiydi. Başka bir deyişle, daha önce belirttiğimiz gibi, önemli olan şey bireyin ne gördüğü değil ancak nasıl gördüğüdür. RMT'in taraftarlarından bazıları bu tekniğin zorluklarla başetme stilleri, strese karşı toleranslı olmak, psikotik rahatsızlıklar, kişiler arası algılamalar ve kişisel konular gibi tüm kişiliğin veya tüm benliğin göstergesi olduğunu iddia etseler dahi diğerleri tekniğin bilişsel ve algısal organizasyonu ölçtüğünü söylemekle yetinmektedir (Allison, Blatt ve Zimet, 1988).

RMT, geliştirilmesinin ardından çok hızlı bir şekilde kullanımının yayılmasına karşın ilk hali olan beş ana puanlama sisteminden çok daha fazla puanlama sistemine dönüştü ve sıklıkla bu sistemler birbiriyle çeliştiler, anlamlandırmada, araştırmada ve RMT'in klinik ortamlarda kullanılmasında kafa karışıklığına neden oldu. Bu karışıklığın sonucu olarak, sürpriz sayılmayacak şekilde, yıllar boyunca, RMT birçok kaynağın saldırısına maruz kaldı, bu saldırıların merkezi şunlardı:

1. Zayıf psikometrik performans (güvenirlik ve geçerlik)
2. Deneysel olmayan puanlama ve yorumlama
3. Bilimsel araştırmalarda metodolojik hatalar

1960'ların sonlarında Amerikalı klinik psikolog Dr. John Exner bu eleştirilerin üzerinde durmaya başladı ve RMT'in uygun kullanımı ve yorumlanması için deneysel temeller sunmaya girişti. Dr. Exner şu konulara odaklandı:

1. Geniş ve yaygın yelpazede örneklemler toplamak
2. Uygulama, puanlama ve yorumlama için standart yönergeler geliştirmek
3. Daha önceki puanlama sistemlerinin en göze çarpanlarını tekrar ele alıp onları bir araya getirmek
4. Hem kişilik özellikleri hem kişilik yapısı bakımından kişiliğin çeşitli unsularını gösteren özel katogoriler eklemek
5. Cevapları puanlamak ve yorumlamak için deneysel bir temel sunmak

Exner'in çalışması büyük bir ilgi topladı ve uygulamada, puanlamada ve yorumlamada kendisinin geliştirdiği Geniş Kapsamlı Sistem olarak bilinen sistem için standartları oluşturdu. Geniş Kapamlı Sistem'in, daha önceki uygulama, puanlama ve karşılıklı-oranlar güvenirliği konularındaki standartsızlık problemlerini aşması nedeniyle RMT tekrar klinik psikologları arasında kabul gördü ve statü kazandı.

RMT, 10 siyah ya da renkli, her iki sayfaya da yayılan sistematik mürekkepli-şekilli, ayrı ayrı kartlara basılmış, çocukların ve yetişkinlerin kullanımı için hazırlanmış bir settir. Kartların her biri tek tek hastaya gösterilir, hastaya mürekkepli şeklin ne olduğu hakkındaki düşüncesi sorulur. Klinik psikolog mürekkepli şekilleri gösterirken, yönergeleri ve sunumu sıkı bir protokole göre yapar. Hastanın söylediği her kelime, her bir karta gösterilen reaksiyon zamanlamaları ile birlikte kayıt altına alınır. Kartların sunulmasının ardından, **serbest çağrışım aşaması** olarak bilinen bir işlem yapılır ve her bir kart algılamaları anlamak için hastaya tekrar sunulur ve mürekep

lekesinin unsurları ve özellikleri sorulur. Daha sonraki uygulama kısmı **sorgulama aşaması** olarak bilinir ve burada belirtilenler, cevapların puanlanmasında kullanılır. Cevaplar kodlanır ve bu kodlar puanlamanın yapısının özetini meydana getirir. Yorumlar iki kısımdan oluşur. Birinci kısım, **teklif yapma aşaması,** hastanın puanlarının hasta olmayanların ortalamalarına ve standart sapmalarına ve seçilmiş hasta grubuna göre karşılaştırılması yapılır ve bu karşılaştırmalara göre hipotezler üretilir. İkinci kısım, **birleştirme aşamasıdır,** bu safha değerlendirilen belirli alanların üzerinde toplanan puanların yedi küme temelinde yorumlandığı kısımdır. Bu kümeler:

1. Bilgileri işleme (örneğin çaba, etkililik ve bilginin işlenmesindeki kalite)
2. Bilişsel aracılık (örneğin gerçek-hayal testi, geleneksel ya da kendine özgü kişilik yapısı)
3. Düşüncelilik (örneğin kavramsallaştırma)
4. Kontrol kapasitesi ve strese karşı toleranslı olmak (örneğin stres karşısında kişinin tecrübeli olması)
5. Etki (depresyon ve depresyona hassasiyet ve diğer benzer etki durumları)
6. Kendini algılama (örneğin kendini-yönlendirme ya da kendine-odaklanma)
7. Kişiler arası algı ve ilişkiler (örneğin birliktelik, saldırganlık, bağımlı olmaya ihtiyaç duymak, sorunların üstesinden gelme becerisi)

Bazı yazarlar RMT'in güvenirlik ve geçerlik konularında psikoloji tarihindeki en büyük uzlaşmazlığa neden olduğunu öne sürmektedirler (örneğin Groth-Marnat,1990), güvenirlik konusu aslında çözülmüş gibi görünmesine karşın ve RMT'nin geçerliğinin göstergeleri daha çok ilerlemesine rağmen bugün hâlâ bu tartışmalar sürmektedir. RMT'in kullanılabilirliği hakkında tek bir kanıt dahi olmadığını iddia eden karşıt görüşçüler vardır, bunların karşısındaki RMT'in kayıtsız şartsız savunucuları da karşıt görüşçülerin RMT'in etkililiği ve işe yararlılığına dair literatürü okumaktan aciz ya da isteksiz olduklarını söylemektedirler.

Exner, RMT hakkındaki çoğunlukla yapılan eleştirilerin bir ya da birkaç eski puanlama sistemine dair olduğunu veya zayıf eğitim almış klinikçi ya da test uygulamacıları nedeniyle ve çalışmaların zayıf metodolojilere sahip olmasından kaynaklandığına dikkat çekmiştir. Gerçekte iyi metodolojilere sahip bilimsel makalelere odaklanıldığında, RMT'in güvenirlik ve geçerlik konularında yeterliliği hakkında kanıtlar vardır (Groth-Marnat, 1999). Bunların bazılarını burada tartışacağız.

Geçerlik ve Güvenirlik

RMT'in güvenirliği karşılıklı oranlar güvenirliğine odaklanma eğilimindedir (örneğin iki bağımsız hastanın puanlarının ve bir tek protokollü aynı sonuçların değerlendirilmesi); birbirinden bağımsız hastaların uygun bir şekilde test konusunda eğitildiği ve aynı puanlama sisteminin kullanıldığı raporlar vardır, bu raporlara göre karşılıklı-oranlar güvenirliği .88 ve .90 oranlarında sonuçları doğru tahmin edebilmektedir (Parker, 1983; Rose 2001). Konu geçerliğe geldiğinde, yine, RMT uygun bir şekilde eğitilmiş klinikçiler tarafından kullanıldığında, fonkisyonların çeşitli unsularını değerlendirmede geçerliği ve yararlılığı konusunda kanıtlar vardır (Weiner, 1996).

Bir meta-analizde Parker, Hanson ve Hunsley (1988) RMT için geçerlik kanıtının uygun olduğunu ve diğer yaygın olarak kullanılan klinik enstrümanların geçerlik göstergelerinden farklı olmadığını saptadılar. Diğer yandan, bazı puanların geçerlik yapısına bakıldığında RMT'in geçerliğinin bir bakıma zayıf olduğu görünür (Rose 2001). Genel olarak RMT'in geçerliği ve güvenirliği konusunda diğer klinik enstrümanlarla karşılaştırıldığında kanıtların olduğu görünür (Parker et 1988; Weiner, 1996).

RMT'nin Testinin Olumlu Yönleri

1. Uygulaması kolaydır.
2. Exner'in Geniş Kapsamlı Sistemi kullanışlıdır.
3. Uygulama, puanlama ve yorumlaması standart haldedir.
4. Geniş her kesimi kapsayan örneklemi ve her kesimi kapsayan bilgilerin puanlaması vardır.
5. Geçerliği ve güvenirliği olduğuna dair kabul edilebilir kanıtlar vardır.
6. Objektif testlerin üzerinde durmadığı bilgilere vurgu yapar.
7. Cevaplarda kandırmacaya karşı dirençli bir test olabilir.
8. Bu test, kişilik değerlendirme enstrümanları arasında en çok araştırılan ikinci testtir.

RMT'nin Testinin Olumsuz Yönleri

1. RMT aslında günümüzde kullanıldığı haliyle düşünüldüğünde böyle bir amaç için geliştirilmemişti.
2. Farklı sistemler üzerindeki erken dönem araştırmaları kafa karışıklığı ve çelişkilere neden oldu.
3. Test hakkında, azınlıklar dikkate alındığında yapılan araştırmalarda her kesimi kapsayan bilgilerin sayısı azdır.
4. Özellikle belirli puanlar konusunda güvenirliğe ve geçerliğe dair daha çok kanıt gereklidir.
5. Puanlama ve yorumlaması komplekstir.
6. Çocuklar üzerinde uygulaması sınırlı olabilir, özellikle uzun süreli değerlendirmelerde.

Tematik Algı Testi

Bir başka yaygın olarak kullanılan projektif teknik belirli bir uyarana karşı hikâye anlatımı şeklinde cevaplar vermektir ve bunun en iyi örneği herhalde Tematik Algı Testi'dir (TAT; Murray,1943) (İngilizcesi: TAT/Thematic Apperception Test). Enstrümanın isminde 'test' kelimesi olmasına rağmen biz onu teknik olarak adlandırıyoruz. TAT orijinalinde Dr. Henry Murray tarafından gereksinmelerin ve kendisinin güdüler teorisiyle alakalı olarak güdülerin altında yatanları ölçmek için geliştirildi. Çocuk versiyonu Çocuklar için Algı Testi (CAT, İngilizcesi: CAT/Children's Apperception Test) olarak bilinir ve TAT ile benzerdir.

Bu tip projektif tekniğin, RMT'te olduğu gibi sadece bir algının organizasyonunu ya da sadece bir algıyı değerlendirmediği düşünülür, buna ek olarak teste cevap veren kişinin bir hikâyeleştirme yaparak uyaran hakkında anlamı açıklaması gerekir. Bu cevapların yorumlamaları klinikçinin kendi teorik bakış açısına göre tamamlanır ve hikâyelerdeki

yönelenen temalar, etkileşimler ve karakterize edilenler altta yatan işlevlerin yansımalarıdır. TAT'ın psikopatolojiyi veya uyum bozukluklarını ölçmediği veya tanı koymak amacıyla kendi başına ölçüm yapmadığı düşünülür, ancak bunun yerine onun hastanın fonksiyonlarının motivasyon, kişiler arası ilişkiler ve sosyo-bilişsel unsurlarını ölçtüğü düşünülür (Teglasi, 2001) ki bunlar hastanın yaşadığı bir zorluğu formüle etmede katkı sağlarlar. TAT psikopatoloji, uyum bozuklukları veya tanıları ölçmekle kalmaz diğer yandan motivasyonları, kişiler arası ilişkiler ve sosyal bilişsel yaklaşımlarını ve zorluklarını formüle etmemize katkıda bulunur (Teglasi, 2001).

TAT'in kendisi çeşitli müphem sahneyi betimleyen 31 adet resim serisinden oluşur, bu resimlerin birçoğunda bir ya da daha fazla insan figürü vardır (tek bir kart tamamen boştur). Uyaranların kendisi genellikle RMT'teki mürekkep testinden daha az belirsizdir ve bazı kartlar insanı belli bir yapıya doğru çekerler. Klinikçi kartların bir altkümesini seçer (genelde bu kartlar klinikçinin kendi kişisel tercihidir) ve hastadan, kartlardaki sahnelerin betimlemesi hakkında bir hikâye uydurması istenir. Uygulama prosedürüne göre (Bellack, 1975), hastadan resimde ne olduğu, olan şeyi neyin takip edeceği, karakterlerin düşünce ve duygularının ne olduğu ve hikâyenin nasıl sonlandığı konularında olabildiğince dramatik bir hikâye uydurması istenir. Cevaplar kelimesi kelimesine kayıt altına alınır ve hikâyenin içeriği daha önce belirtildiği gibi teorik sistem içerisinde ve TAT'ın eğilimleri doğrultusunda puanlanır ve yorumlanır.

TAT'ın değerlendirilmesi sadece empresyonistik fikirler ve klinik sezgiler ile karakterize edilmiş olsa dahi birtakım yorumlayıcı şema geliştirilmiştir. Örneğin McLelland (1961) ve diğerleri erken dönem çalışmalarında, başarıyı, bağlanmayı, güç motivasyonlarını ölçmek için puanlama ve yorumlama sistemleri geliştirilmiştir ve Bellack (1993) daha geniş bir yorumlama şeması önermiştir ki bu şema psikodinanimik teorinin duruşu ve odağı olan 6 kategoriyi izler:

1. Bilinçaltı yapıları
2. Dürtüler
3. Diğerleri ile ilişkiler
4. Çatışmalar
5. Savunma mekanizmaları
6. Ego'nun kuvveti

Aynı zamanda yorumlamalar örneğin şema teorisi, sosyal bilişsel teoriler ve obje ilişkileri teorisi olarak bilişsel modeller üzerine kurulmaktadır (örneğin Teglasi, 1998; Westen, Klepser, Ruffins, Silverman ve Boekamp, 1991). Örneğin TAT uyaranına verilen yanıtlar, çevreden gelen bilgilerin işlenmesine yardım eden geçmiş tecrübelerin altta yatan içsel temsilcilerinin bilişsel ya da sosyo-bilişsel yapılarını (örneğin şemalar) yansıttığı düşünülür. Müphem uyaranlara hikâyeleştirilerek verilen yanıtların, yaşamdaki bilgilerin işlenmesinde ve organize edilmesinde kullanılan şemaların ya da yapıların temsilcileri olduğuna inanılır ve klinikçiyi, hastanın kendisi ile alakalı ve kişiler arası dünyası hakkında bilgilendirir.

Westen ve arkadaşları **Sosyal Bilişsellikler ve Obje İlişkileri Ölçeği**'ni geliştirmişlerdir (Westen, 1991), bu ölçek obje ilişkileri teorisi temelli olarak puanlama ve

yorumlama sağlar. Psikoterapiye yardım etmesi için çocuklarda ve yetişkinlerdeki obje ilişkilerinin derecesini anlamak için kullanıldı, dört kategori veya alan vurgulandı, bunlar:

1. Obje ilişkilerinin kompleks olması (örneğin kendi benliğini diğerlerinden ayırt edebilme kapasitesi, benlik ve diğerlerinin değişmeyen ve çok yönlü kişilikler olduğunu görebilme ve kendisini ve diğerlerini motive eden şeylerin farkında olma)
2. İlişkilerin tonu (örneğin yardımseverlikten kin gütmeye kadar yayılan çeşitlilik)
3. İlişkilerde duygusal yatırım yapabilme kapasitesi (örneğin arzulara karşılıklı özen gösterme)
4. Sosyal anlamda nedensellik ilişkilerini anlama (örneğin sosyal davranışla alakalı olarak nedensellik bağları)

Güvenirlik ve Geçerlik

Geleneksel anlamda güvenirliği ve geçerliği sağlamak TAT'a verilen yanıtlar göze alındığında oldukça bir zordur ve bazıları TAT'ın puanlama için bir enstrüman olmadığını ancak sadece yorumlama için olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu büyük oranda şu gerçekten kaynaklanmaktadır: puanlama sistemi, uygulama prosedürü ve standartları üzerinde karara varılmışlık yoktur ve dahası yorumlama sistemi üzerinde de bir karara varılmışlık bulunmamaktadır. Bu nedenlerle kartlar hakkında çok çeşitli hikâye içerikleri vardır. Bunu söylemekle birlikte, enstrümanın uygun güvenirlik ve geçerlik gösterdiğine dair düşünceler vardır ve iyi eğitilmiş yorumcular tarafından net bir yorumlama kriteri kullanıldığında veya başarılı olmak, bağlanma, güç motivasyonları gibi spesifik motivasyonları değerlendirirken bu enstrümanın güvenirliğinin görünürde yeterli olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (örneğin Lundy, 1985). Dahası spesifik puanlama ve yorumlama şemalarının güvenirlik ve geçerliği için destek olacak bilgiler vardır (Groth-Marnat,1999; Lilienfeld, Wood ve Garb, 2000). Diğer yandan, bir klinikçinin veya bir izlenimin temelinde kişiliğin geniş anlamda tanımlanması ve yorumlanınası için daha az destek verici bilgi olduğu görünmektedir.

TAT'nin Olumlu Yönleri

1. Kişiliğin derin unsularını değerlendirmek için potansiyel olarak değerli bir araçtır.
2. Bireyin kişiler arası ve motivasyon dünyasının ayrıntılı unsurlarına odaklanır.
3. Dostça ilişkinin kurulmasına yardım eder.
4. Bazı puanlamaların ve yorumlama şemalarının yeterli güvenirliği ve geçerliği vardır.

TAT'nin Olumsuz Yönleri

1. Standart bir uygulama ve kaideli bir veri yoktur.
2. Genel güvenirliğin ve geçerliğin sağlanması zordur.
3. Puanlamada ve yorumlamada subjektiflik vardır.

Çizim Etkinlikleri

Sürekli olarak kullanılan diğer bir projektif teknik çizim etkinlikleridir, tipik olarak insan çizimleri üzerinedir. Bu işlemin arkasında yatan fikir, üretilen çizimin kişiliğin parçalarına ulaşacağıdır ki aynı fikre göre bu objektif testlerle ya da hastanın sahip olabileceği savunma mekanizmalarını veya direnci aşarak yapılamayacak bir şeydir. Çizim etkinliğinin, kişinin içsel eğilimleri ile alakalı olan bilgileri, çelişkileri, dinamikler ve bireyin işlevlerindeki diğer unsuları yani hastadan doğrudan sağlanamayacak veya objektif testlerin bulup çıkaramayacağı bilgileri sağladığı düşünülür. Çizim etkinlikleri birçok klinikçi tarafından kullanılan popüler bir tekniktir ve kolay uygulaması, puanlaması ve yorumlaması olduğu bildirilmiştir. Kişiliği geniş anlamda yorumlamak ve kişiler arası ilişkileri değerlendirmek için kullanılan araçlardan olmuşlardır ve sıklıkla sezgisel yaklaşımla yorumlanır (Kahill, 1984). En yaygın kullanılan çizim etkinliği tekniği "Bir-insan-çiz" tekniğidir, Machover (1949) tarafından geliştirilmiştir ve geçmişten beri revize edilip tekrar elden geçirilmiştir. Bunun yanında bir de "Ev-Ağaç-İnsan" çiz tekniği vardır (Buck, 1948).

Temelinde hastaya 8 ½ x 11 inçlik boş bir kağıt ve bir kurşun kalem (bazen renkli kalem) verilir ve ondan "bir insan çiz'mesi" istenir ya da bir "ev-ağaç-insan" çizmesi istenir. Çizilen insanın karşı cinsten olması, kendisi olması veya aileden biri olması anlamında çizilecek olan insan resmî değişik varyasyonlarda da ayrıca istenebilir. Başka bir yönerge verilmez. Çizim bittikten sonra klinikçi yorumlamasına yardımcı olsun diye hastaya çizdiği şeyler hakkında spesifik sorular sorabilir. Yorumların çoğunda spesifik puanlamanın az ancak klinikçinin sezgilerinin ve klinik tecrübesinin çok pay sahibi olduğu tartışılsa da bu teknik için spesifik yönergeler ve puanlama kriteri geliştirilmiş durumdadır (Groth-Marnot, 1999).

Puanlama ve yorumlama işlemleri birkaç adımdan oluşur, bunlar:

1. **Objektif puanlama:** Objektif puanlama sistemine göre çizimi puanlamak.
2. **Genel izlenim:** Klinikçi çizimi duygudurum, mesaj ve temalar gibi niteliklerini tanımlamak için bir bütün olarak ele alır.
3. **Spesifik ayrıntıların değerlendirmesinde dikkatli olmak:** Klinikçi, örnek, büyüklük, ton farkı ve çarpıklıklar gibi çizimin niteliklerini ele alır.
4. **Diğer değerlendirme materyalleri ile bir araya getirmek.**

Güvenirlik ve Geçerlik

Etkinliğin yapısı (örneğin çizimlerin her birinin diğerine göre çeşitlilik göstermesi) ve yorumlamanın subjektifliği göz önüne alındığında güvenirliği ve geçerliği sağlamak geçmişten beri zor bir iş olmuştur. Spesifik puanlama kullanıldığında, özellikle çizimin uyum sağlama, anksiyete ve olgunlaşma gibi daha geniş kapsamlı unsularını puanlarken, güvenirliğin ve geçerliğin tatminkar olduğu bildirilmiştir (Groth-Marnot, 1999). Diğer taraftan çizimin daha öznel bileşenlerine ya da kişiliğin daha öznel bileşenlerine odaklanıldığında güvenirlik ve geçerlik bakımlarından daha az bir yeterlilik söz konusudur.

Çizim Etkinliğinin Olumlu Yönleri

1. Uygulaması, puanlaması ve yorumlanması kolaydır.
2. Çocuklar, ergenler ve yetişkinler için kullanılabilir.
3. Hastaların işlevlerindeki bazı, belli başlı özellikler konu olduğunda güvenirlik ve geçerlik göstermektedirler.
4. Sözel ifade gücü zayıf olan hastalarda kullanılabilir (örneğin düşük zekalı kişilerde)

Çizim Etkinliğinin Olumsuz Yönleri

1. Subjektif bir puanlama ve yorumlama söz konusudur.
2. Puanlama ve yorumlama sistemleri hakkında üzerinde hemfikir olunamamıştır.
3. Çizimlerin kişiliğin altta yatan özelliklerini doğru olarak yansıtıp yansıtmadığı hakkında soru işaretleri vardır.

SONUÇ

Genel olarak bu bölüm psikotanısal değerlendirme konusu ile ilişkili birçok terimleri kapsadı. Bu tip değerlendirmeler psikolojik problemler üzerindeki çalışmalarda en yaygın olarak kullanılan psikolojik değerlendirmeler olarak kalmaya devam etmektedir. Prosedürler, klinik görüşme, objektif testler ve projektif teknikleri kapsar, bunların her biri farklı türler ve derecelerde bilgi sağlar ve kendi içlerinde güçlü oldukları ve zayıf oldukları taraflar vardır. Her biri prosedür kullanımlarındaki süreklilige ve yoğunluğa bakıldığında psikotanısal değerlendirmede önemli bir rol üstleniyor gibi görünmektedir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

her ne kadar psikotanısal test yapmanın Amerika Birleşik Devletleri'ndeki uygulama örneklerine bakılarak çok fazla zaman aldığı, hizmet vermede yetersiz olduğuna dair bazı bitünsel eleştiriler olsa dahi, hâlâ bu uygulamaların klinik psikologlarının, başarılı bir terapiyi oluşturmak, etkililiği sağlamak ve bilgi edinebilmek gibi klinik etkinliler için önemli olduğu söylenir (Allison ve arkadaşları, 1988). Özellikle RMT söz konusu olduğunda projektif testler uzlaşmazlıkların kaynağı olmuştur. Özellikle bu tekniğin niçin oldukça fazla eleştiriye maruz kaldığını anlamak zordur. Diğer taraftan RMT'in savunucularının birçoğu RMT hakkındaki eleştirilerin birçoğunun konuyla alakasız olduğunu ve aynı eleştirilerin diğer klinik enstrümanlara ve tekniklere de yapılabileceğini öne sürmektedirler. Öte yandan, eleştiriler, RMT'in kullanımını ortadan kaldırmaya yönelikse o zaman bu durum aslında onun güvenirliğinin ve geçerliğinin tatminkar olduğunu gösteren ve belirleyen konulara ve aynı zamanda yararını gösteren konulara daha çok ilgi çekmesine neden olacaktır. Tartışmalar ne olursa olsun, psikotanısal değerlendirmede kullanılan bazı enstrümanlar eleştiriye maruz kalsalar dahi veriler adaletli bir şekilde açıktır, onlar klinik psikoloğun cephaneliğindeki önemli araçlar olarak kalmaya devam edecektir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Açık uçlu sorular(Open-ended questions)
Bilgi işlemi (Process information)
Birleştirme aşaması (Integration stage)
Cevap kümeleri (Response sets)
Çoklu yöntem yaklaşımı (Multimethod approach)
Derealizasyon (Derealization)
F Ölçeği (F Scale)
Geniş Kapsamlı Sistem (Comprehensive System)
Halisinasyonlar/Varsanılar (Hallucinations)
İçerik bilgisi (Content information)
İnsana oryantasyon (Orientation to person)
İşlemle ilgili değişkenler (Process-related variables)
K ölçeği (K Scale)
Kapalı uçlu sorular (Closed-ended questions)
Kendini değerlendirme envanteri (Self-report inventories)
L ölçeği (L Scale)
MMCMI-III
Objektif testler (Objective tests)
Projektif hipotez (Projective hypothesis)
Psişik belirleme (Psychic determinism)
Sanrılar (Delusions)
Serbest çağrışım aşaması (Free association stage)
Sorgulama aşaması (Inquiry stage)
Sosyal Bilişsellik ve Obje İlişkileri Ölçeği (Social Cognitions and Object Relations Scale)
Teklif getirme devresi (Proposition stage)
Test alma tutumları (Test-taking attitudes)
Yapılandırılmış tanı amaçlı görüşmeler (Structured diagnostic interviews)
Yere oryantasyon (Orientation to place)
Zamana oryantasyon (Orientation to time)
Zihinsel Durum Muayenesi (Mental Status Exam)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Objektif ve projektif değerlendirme araçları arasındaki farklılıklar nelerdir? Her biri ne çeşit bilgiler sağlar ve niçin bu bilgiler bir değerlendirmede önemlidir?
2. Süreç ve bileşen değişkenlerinin kavramlarını tanımlayınız ve her birinin psikotanısal değerlendirme için nasıl yararlı olduğunu açıklayınız.
3. MMPI-2'nin tanımını ve değerlendirme tekniği olarak faydalarını açıklayınız. Bu enstrümanın olumlu ve olumsuz yanları nelerdir?
4. RMT'in tanımını yapınız ve değerlendirme tekniği olarak faydalarını açıklayınız. Bu enstrümanın olumlu ve olumsuz yanları nelerdir?
5. Yapılandırılmamış ve yarı-yapılandırılmış görüşmelerin önemi nedir? Yapılandırılmış tanısal görüşmelerden nasıl farklılaşırlar? Her biri ne tip hizmet verir?

KAYNAKÇA

Allison, J., Blatt, S., & Zimet, C. N. (1988). *The interpretation of psychological tests*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.

Arita, A. A., & Baer, R. A. (1998). Validity of selected MMPI-A content scales. *Psychological Assessment, 10,* 59–63.

Bekhit, N. S., Thomas, G. V., Lalonde, S., & Jolley, R. (2002). Psychological assessment in clinical practice in Britain. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9,* 285–291.

Bellack, L. (1975). *The T.A.T., C.A.T. and S.A.T. in clinical use* (3rd ed.). New York: Grune & Stratton.

Bellack, L. (1993). *The TAT, CAT, and SAT in clinical use* (5th ed.). New York: Grune & Stratton.

Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in mental health, forensic, and nonclinical settings: An introduction. *Journal of Personality Assessment, 90*, 119–121.

Buck, J. N. (1948). The H-T-P technique, a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology, 4*, 317–398.

Butcher, J. N. (1990). *The MMPI-2 in psychological treatment*. New York: Oxford.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., et al. (1992). *MMPI-A: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Camara, W. J, Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychological: Research and Practice, 31*, 141–154.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Exner, J. E., & Weiner, I. B. (1982). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 3. Assessment of children and adolescents*. New York: Wiley.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for Axis I DSM-IV disorders (SCID-I)—Clinician version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Graham, J. R. (2000). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psychological assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I Construction of the schedule. *Journal of Psychology, 10*, 249–254.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionismin theselfand social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psycho-pathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456–470.

Kahill, S. (1984). Human figure drawings in adults: An update of the empirical evidence, 1967–1982. *Canadian Psychology, 25*, 269–290.

Klopfer, B., & Davidson, H. (1962). *The Rorschach technique: An introductory manual*. New York: Harcourt.

Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest, 1*, 27–66.

Linden, W., Hogan, B., et al. (2003). There is more to anger than in or out. *Emotion, 3*, 12–29.

Lubin, Wallace, & Paine (1971). Patterns of psychological test usage in the United States: 1935–1982. *American Psychologist, 39*, 451–454.

Lundy, A. (1985). The reliability of the Thematic Apperception Test. *Journal of Personality Assessment, 49,* 141–149.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawings of the human figure.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

McLelland, D. C. (1961). *The achieving society.* Princeton: Van Nostrand.

Millon, T. (1997). *The Millon clinical multiaxial inventory-III manual.* Minneapolis: National Computer Systems.

Mohr, D., & Beutler, L. E. (2003). The integrative clinical interview. In L. E. Beutler & G. Marnat (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (2nd ed., pp. 82–122). New York: Guilford Press.

Morey, L. C. (1991). *The personality assessment inventory professional manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Murray, H. (1943). *Thematic Apperception Test manual.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nichols, D. S. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment.* New York: Wiley.

Parker K. C. H. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment, 47,* 227–231.

Parker, K. C. H., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin, 103,* 367–373.

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostics.* Bern, Switzerland: Bircher.

Rose, T., Kaser-Boyd, N., & Maloney, M. P. (2001). *Essentials of Rorschach assessment.* New York: Wiley.

Strack, S. (2002). *Essentials of Millon inventories assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.

Teglasi, H. (1998). Assessment of schema and problem-solving strategies with projective techniques. In M. Hersen & A. Bellack (Eds.). *Comprehensive clinical psychology: Vol. 4, Assessment* (pp. 459–499). London, England: Elsevier Science Press.

Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment.* New York: Wiley.

Watkins, L. F., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, K., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 51–60.

Weiner, I. B. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Inkblot Method. *Psychological Assessment, 8,* 206–213.

Westen, D. (1991). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment, 56,* 56–74.

Westen, D., Klepser, J., Ruffins, S. A., Silverman, M., & Boekamp, J. (1991). Object relations in childhood and adolescence: The development of working representations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 9,* 400–409.

Yufit, R. I., & Lester, D. (2005). *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior.* New York: Wiley.

8. BÖLÜM

KOGNİTİF VE NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Önceki bölümde bir tip psikolojik değerlendirme olan psikotanısal değerlendirme yaparak kişinin bireysel psikolojik sıkıntıları ile kişiliğini de değerlendirmemizi sağlayan psikotanısal değerlendirmeyi tartıştık. Bu bölüm ise iki tür değerlendirmeyi içermektedir, bu değerlendirmelerden biri entelektüel diğeri ise nöropsikolojik değerlendirmedir. Yapılan ilk entelektüel değerlendirme, kişinin bilişsel yeterliliğini ölçer ki böylece zekâ veya zekânın bileşenleri üzerine odaklanarak bilişsel bileşenlerin başarı seviyesini bulmak ister. Bu tür değerlendirmeler okulda öğrenme ve gelişim sorunlarını belirlemek; iş yaşamında ise, kişinin iş yerinde hangi pozisyona alınacağına karar vermek amacıyla kullanılır. İkinci tip değerlendirme ise nöropsikolojik değerlendirmedir. Bu değerlendirme hem entelektüel hem de bilişsel fonksiyonları değerlendirmemizi sağlar ki davranışsal işlevleri yerine getirirken beyin hasarı olan ya da beyin hasarı olduğundan şüphelenilen kişilerin zayıf ve güçlü yanlarının değerlendirilmesini sağlar.

ENTELEKTÜEL DEĞERLENDİRME

5. bölümde de bahsedildiği gibi klinik psikolojinin gelişim tarihinde zekâ ve diğer bilişsel işlevleri ölçen testler ayrılamayacak kadar karışmış birbirine geçmiştir. Her ne kadar bazı zihinsel ve bilişsel bileşenleri test etme 1800'lerde (Boake, 2002) ilk olarak gelişmeye başlamış olsa da 1900'lerin başlarında Fransa'da Dr. Alfred Binet ve Theodore Simon çocukların entelektüel seviyelerini belirlemek ve buna göre çocukları uygun okula yönlendirebilmek adına girişimlerde bulunmuşlardı (Binet ve Simon, 1905). Bu çalışmada zekânın ve entelektüel fonksiyonların, işlevselliği ilk defa gözlemlenerek tanımlanmıştır. Binet bu çalışmayı hem davranış sorunu ve zihinsel engelli olan çocuklar arasında ayrım yapabilmek hem de normal zekâya sahip olan çocuklara okul için öneriler yapabilmek için kullanmıştır. Bu test; dil becerisi, muhakeme ve bellek gibi becerileri ölçen 30 alt testten oluşmuştur, testte sergilenen performansa bağlı olarak elde edilen bileşik skor "zekâ yaşı" olarak ele alınmıştır. Her ne kadar tamamen

* Çeviren: Dr. Selen AYAS - Dr. Muzaffer ŞAHİN

zekânın yapılanmasını anlamak için olmasa da Binet ve Simon entelektüelliğin işlevselliğini değerlendirebilmek için basamak oluşturmaya çalışmışlardır.

Test, Binet ve Simonun tarafından yapılmış olsa da 1916 yılında Kuzey Amerika'daki Stanford Üniversitesinde test, Lewis Terman tarafından tercüme edilerek ve ölçekler yeniden yapılandırılarak Amerikalı çocuklara uygulanmış ve bu şekli ile tanıtılmıştır. Test Amerikalılar üzerinde standardize edilmiştir ve ilk Stanford-Binet Zekâ Ölçekleri 1916 (Terman ve ark., 1916) geliştirilmiştir.

Kuzey Amerika'da, ciddi bir şekilde entelektüel değerlendirme başlamıştır. Dünden bugüne entelektüel değerlendirmede zekâ ve buna bağlı bilişsel yeteneklere odaklanılmış ya da vurgulanmıştır.

Entelektüel Değerlendirmenin Amacı

Klinik psikologların entelektüel değerlendirmeyi yürütmekteki özel amaçları nelerdir? Birden çok amacı vardır. Bunlardan biri entelektüel işlevsellik düzeyi ve verimliliği anlamaktır. Örneğin, entelektüel değerlendirmelerde yararlı olabilecek bilgiler:

1. Bireyin entelektüel işlevselliğinin değerlendirmesinde, zihinsel gerilik ve diğer psiko-eğitimsel problemlerin tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemekte yardımcı olur. Örneğin, *DSM-IV-TR*, zekâ testi puanlarına göre zihinsel gerilik tanısı bilgilerini sağlamak için kullanılır. Tabii ki zihinsel gerilik tanısını sadece *DSM-IV-TR*'ye göre koyamayız özel testler yapmamız gereklidir.
2. Zihinsel işlevselliğe dayalı bireyleri gruplayarak telafi eğitimi sağlanmasına, (Örneğin, iyileştirici sınıflar, belirli bir meslek veya eğitim programları) bunların yanında akademik başarıyı tahmin edebilmeye de yardımcı olur.
3. Bir kişinin mevcut entelektüel ve bilişsel işlevleri hakkında psiko-tanısal ve adli olarak test edilebilirliği hakkında bilgi vermektedir.
4. Bilişsel olarak zayıf ve güçlü yanlarının yaşıtlarına oranla ne kadar geri ya da ileri olduğunu ve buna yönelik akademik eğitim programlarını değerlendirmeye de yardımcı olur, böylece kişiye özel dış müdahaleler, programlar ve özel çalışmalar geliştirilir.
5. Entelektüel veya bilişsel işlevlerin sınırlarını belirleyerek bilişsel ve zihinsel işleyişin artışını ve azalışını takip etmek için kullanılabilir.
6. Entelektüel değerlendirme; zekâya bağlı araştırmalarda bilişsel yetenekler ve süreçler veya diğer buna bağlı konularda araştırma yürütebilmek için kullanılabilir.

Entelektüel Değerlendirmede Değerlendirilen Alanlar

Her ne kadar zekânın değerlendirilmesi ile ilgili farklı teorik yaklaşımlar bulunsa da entelektüel değerlendirmede önemli olan birkaç değerlendirme vardır. Elbette zekâ, değerlendirmenin en önemli odak noktasıdır, tipik olarak zekâ ölçümü sözlü ve sözsüz test olarak ikiye ayrılır. Bu aşamada dikkatler iki ifadenin üzerine odaklanır biri akıcı zekâ (ki kriterleri hız, esneklik, öğrenme, soyutlama beceri, muhakeme) diğeri ise belirginleşmiş zekâ (ki biriktirdiği bilgi) olarak karşımıza çıkar. Zekâyı oluşturan

bilişsel yetenekler belirli alanlarla değerlendirilir. En sık kullanılan zekâ testleri Stanford-Binet ve Wechsler Zekâ Ölçekleridir normal olarak bir skolastik bağlamda bilişsel yeteneklerinin seviyelerini ölçmede de kullanılırlar.

Sonraki bölümde zekâ ile ilgili tanımsal bazı sorunları, bilişsel yetenek ve zekânın farklı kavramlarını ve zekâ ile ilgili çeşitli bilişsel yetenekleri değerlendirmek için kullanılan ölçeklerden bahsedeceğiz.

ZEKÂ NEDİR?

Neisser ve arkadaşları (1996) zekâyı şöyle tanımlamışlardır; zekâ diye nitelendirilen şey oldukça zor bir kavramdır ve bazı yönleri ile ilgili uzmanlar anlaşma sağlamış olsa bile hâlâ farklı tanımları da vardır (kutu 8.1). Genel olarak zekâ, bireyin yeteneğini yansıtırken kompleks fikirlerin oluşmasına neden olan bilişsel süreçleriyle ilgili de bilgi verir.

KUTU 8.1

ZEKÂNIN TANIMLARI

"Görülüyor ki zekâ; akademik kariyer için değil aynı zamanda kişinin gündelik hayatını devam ettirebilmesi için de büyük önem taşır. Kişinin yaşantısında inisiyatif kullanabilmesi, yargılayabilmesi, pratik düşünebilmesi de "zekâ koşulları" arasındadır. Eğer bir kişide yargılama eksikliği varsa o kişi moron ya da embesil olabilir ki bu kişinin asla doğru yargılaması olmayacaktır. Bir başka deyişle; entelektüel yapılanma ile ilgili kişinin küçük ve önemsiz olarak görülen bir olay karşısında aldığı kararlar zihinsel yetilerini gösterecektir " (Binet ve Simon, 1916, s. 42–43).

"Zekâ, kişinin kapasitesi doğrultusunda akılcı düşünme ve çevreyle doğru şekilde başa çıkabilme becerisidir." (Wechsler, 1944, s. 3)

"... problem çözebilme, sorunlarla ve zorluklarla uygun şekilde başa çıkabilme, etkili bir çözüm oluşturabilme ya da altta yatan sorunları bulma ve yaratmaya yönelik farkındalığa sahip olma potansiyelidir."(Gardner, 1993, s. 60–61)

"Zekâ başlı başına tek bir yetenek değildir daha çok çeşitli fonksiyonların bileşimidir. Buna göre; belirli bir kültür içinde yaşamını sürdürebilme ve ilerleme için gerekli yetenekler kombinasyonudur." (Anastasi, 1992, s. 613).

Zekâ akıl yürütme, etkin bir şekilde sorunları çözme, çevresel taleplere uyum ve deneyimlerden çıkarım yapabilme becerisidir (Neisser ve ark., 1996). Groth-Marnat (1990, s. 110) her ne kadar zekânın çok çeşitli ve çok sayıda tanımları olsa da, bu tanımlamaları beş başlık altında toplamıştır, bunlar:

1. Soyut Düşünmek
2. Deneyimlerden öğrenmek
3. İç görü yoluyla sorunlarını çözmek
4. Yeni durumlara uyum sağlamak
5. İstediği hedefe ulaşmak için kişinin yeteneklerine odaklaması ve bunu sürdürebilmesi

Bu bileşenlerin zekâyı oluşturduğu düşünülüyor olsa da klinik psikologlar arasında hâlâ farklı tanımlar vardır. Örneğin; 1921 yılında zekâ kavramını anlamak için tasarlanmış ilk toplantı tarihidir (bu konferans, 1921 Konferansı olarak adlandırılmıştır), bugün bile zekâ alanında çalışan 20 farklı klinik psikoloğa sorduğunuzda 20 farklı tanımlama ile karşı karşıya kalırsınız. Her ne kadar bu bir sorun olarak görülse de zekânın yapısındaki karmaşıklığa vurgu yapıyor, bunun yanı sıra zekâyı tanımlamak için kullanılan terimlerin kaygan zemini açıkça gösteriyor.

Son on yıllarda zekâya ait sayısız teoriler ve zekâ modelleri sunulmuş ve araştırılmıştır. Bu araştırma ve tartışmalara göre zekânın bir genel faktör ya da yetenekle ile ("g" diye bilinen Spearman, 1927) ya da çok sayıda özel faktör ile ilişkilendirilmiştir (Thurstone, 1938).

Diğer teorisyenler sonunda hiyerarşik modellerle g ve çoklu zekânın da dahil olduğu zekâyı kavramlaştırma ve var olan faktörleri uzlaştırmaya çalıştı. Örneğin, Vernon (1950) zekâyı hem ortak hem de tek bir bileşenin olduğu aynı zamanda da büyük ve küçük kendine has faktörleri olan bileşenlerden oluştuğunu öne sürmüştür. Bu tarz hiyerarşik modellerde, zekâyı ölçüp yansıtabilmek için birçok enstrüman kullanılır. Örneğin; Günümüzde hiyerarşik modeller, zekâ ölçmek için kullanılan araçların çoğuna yansımıştır. Hiyerarşik modellerin günümüz testlerinin gelişimi üzerinde önemli bir etkisi de olmuştur, mevcut modellerin bir temsilcisi ise Cattell-Horn-Carrol (CHC) zekânın üç teorisyenleri olarak adlandırılır ve zekânın hiyerarşik kavramlaştırma kombinasyonunu oluşturmuştur. Modelin en güncel formu g modeli 10 geniş bilişsel yeteneğin yanısıra 70'in üzerinde özel yeteneği birlikte ölçmektedir (Alfonso, Flanagan ve Radwan, 2005).

ZEKÂ BÖLÜMÜ NEDİR?

Zekâ kavramı, tanımı oldukça basit olmasına rağmen eskiden beri birçok tartışmaya konu olmuştur, konu olmaya da devam etmektedir. ZB fikri kimin aklına nereden geldi?

Her ne kadar Terman (Terman ve ark., 1916) zekâ terimini ilk kullanan kişi olsa da Binet ve Simon "zekâ katsayısı" terimini ilk kullanan kişilerdir. Binet ve

Simon, çocuğun zekâ yaşı (ZY) ile kronolojik yaşı [(takvim yaşı (TY)] karşılaştırarak elde ettiği sonucu çocuğun zekâ yaşı olarak değerlendirmiştir ki çocuğun tahmini zekâsı belirli bir yaş grubuna ait zihinsel yetenek seviyesine göre belirlenmektedir. Psikolog, ZY'nı hesaplayıp TY ile karşılaştırdığında (Groth-Marnat, 2003) çocuğun takvim yaşıyla orantılı zihinsel yeteneklerinin göreceli durumunu belirleyebilir. Bu demektir ki, takvim yaşı (TY) 8 yaş olan bir çocuğun zekâ yaşının (ZY) 9 yaş olması ile 7 yaş olması karşılaştırıldığında zekâ yaşı 9 olanın zekâ seviyesi daha yüksektir. Böylece, Binet ve Simon ZY/TY oranını kullanmaya başlamışlar ya da artık bir ZB oranı olarak ifade edilen bir oran kullanmışlardır. Bu yaklaşımın başlangıç olması nedeni ile bazı sezgisel süreçleri olsa da bazı sorunları vardır, örneğin, bilişsel yeteneklerin 3 yaşındaki bir çocukta 1 yıl gecikmesi ile (ki ağır olan budur) 15 yaşındaki bir çocukta 1 yıl gecikmesi (ki daha hafif olan budur) arasında fark vardır. Terman, Stanford-Bineti gözden geçirirken takvim yaşı ile zekâ yaşı arasında bir bağlantı olduğunu anlamıştır ki Zekâ Katsayısı (ZK) hesaplanması o dönem Stern (1912) tarafından çalışılmıştır. Farklı yaşlardaki gecikmelere ait sorunlar giderilmiş ve zekâ, ZK = ZY/TY × 100 formülü kullanılarak hesaplanmıştır. ZK yıllarca bu şekilde hesaplanmış ve bu şekilde hesaplanırken de birçok zorluk ortaya çıkmıştır ki özellikle yetişkin ZK'si tespit edilmeye çalışılırken zorluklar dikkati çekmiştir. Bu durum Dr. David Weschler'in yetişkin kullanımı için Wechsler-Bellevue Ölçeğini geliştirip yeni bir zekâ forumu ortaya çıkarana kadar sürmüştür. Wechsler bu form için sapma ZK terimini kullanarak kişinin kendi puanı dışında benzer şekilde yaşıtlarından oluşan büyük bir grubun da ortalama skorlarını almasını sağlamıştır. Her yaş grubu için ortalama 15 ile 100 arasında standart sapma hesaplanıp bir ortalamayla eşit skora dönüştürülmüştür. ZK sapması hesaplamasında her ne kadar oran olmasa da terim kendini korumaktadır.

◊ ZEKÂ TESTLERİ

Zekâ testleri ve ZK açısından birçok tartışma var olmasına rağmen pragmatik hedefler ile zekâ testi ve entelektüel değerlendirmelerde başarı tahmini her yıl daha da gelişmiştir. Test uzmanları araştırmalara bağlı olarak zekâ testlerini geliştirerek yenilemiştir ve bu doğrultuda zekâ ölçümleri ile ilgili bulguları teori ve teorik modeller oluşturmak için kullanmışlardır. Birçok bakımdan uygulamalı/klinik çalışma birbirleri ile uyum içinde çalışmış ve karşılıklı olarak birbirlerini bilgilendirerek zekâ kavramına ait anlayışımızı arttırmış, doğru zihinsel işlevselliği test ederek değerlendirmemizi sağlamıştır. Bir sonraki bölümde zekâ değerlendirmesi için kullanılan en önemli iki aracın üstünde durulacaktır. Elbette yüzlerce zekâ testi olmasına karşın yüzlerce de zekâ fonksiyonunu değerlendirmenin değişik yolları vardır, klinik psikologlar tarafından hâlâ kullanılmakta olan en uzun ve etkileyici-popüler olan iki testin üzerine odaklanacağız ve bunları açıklayacağız. Çünkü Alfred Binet sadece zekânın test edilmesi ile ilgili merakı başlatmamış aynı zamanda bizim onun ölçümlerini güncellememize sebep olmuştur.

STANFORD-BİNET ÖLÇEĞİ

Orijinal Binet-Simon, zekâyı ölçmeye yarayan 30 bilişsel alt testten oluşturulmuştur ki bunlar dil becerisi, mantık ve bellek gibi diğer bileşenleri de içermektedir. Bu testler çocukların kendi yaş gruplarına göre ayrılmış ve bir yaş grubuna ait soruları başarıyla yapan çocuklar da yaş testlerine göre gruplandırılmıştır. Çocuk teste kendi yaşı ile orantılı maddelerden başlar ve gittikçe artan bir şekilde maddeler yaş grubuna göre yükselir (alçalabilir de) ta ki çocuk maddelerin birçoğundan başarısız olana kadar maddeler sorulmaya devam eder. Psikologlar çocuğun en çok hangi yaştaki maddeleri doğru yaptığını inceleyerek testteki başarısına göre çocuğun zekâ yaşını belirler (Boake, 2002).

Elbette bu ilk test onlarca kez kapsamlı bir şekilde revize edilmiş ve yeniden düzenlenerek formun son halini alması sağlanmıştır (revizyonlar 1916, 1937, 1960, 1986 ve tekrar 2003 yıllarında yapılmıştır). Stanford Binet'in en geçerli versiyonu Stanford-Binet-5 (SB-5; Roid, 2003) testin güçlü yerlerinin desteklendiği, bir önceki versiyonlarındaki maddelerin düzeltildiği ve yıllarca süren araştırmaların birikimi ile yapılmıştır.

Stanford-Binet-5

SB-5, bütün ölçümleri bu bölümde anlatılacaktır, sadece eğitimli ve nitelikli profesyoneller tarafından uygulanan, 10 alt ölçek ile sözlü ve sözsüz 285 maddeden oluşan, 1 ile 1.5 saat arası süren, 2 yaş ile 85 yaş arası kullanılabilen bir testtir. Normatif örneklem (n = 4.800) ile değişkenliği ölçer (Roid, 2003).

SB-5, zekânın hiyerarşik modeli ile genel g içeriğine oturtulmuş beş bilişsel alanı ölçmek için kademelendirilmiştir. Bu etmenler sözel zekâ, genel bilgi, sayısal bilgi, görsel-zihinsel işlem performansını içermektedir. SB-5 testi yapan uzman, hem sözel hem de sözel olmayan alt testlerin skorları ile sözel ve performans skorlarını birleştirip genel zekâ düzeyini ortaya çıkarır. Tüm Zekâ Bölümü (ZB) 10 alt testi kullanılarak ve 40 ile 160 arasında değişebilir. Tüm ZB ve faktör dizinler 15, 100 ve standart sapma anlamına gelir.

Test editörlerine göre; SB-5 geçerlik ve güvenirliğin tüm aşamalarından geçmiş bir testtir. Kapsam geçerliği Roid (2003) tarafından yarıya bölme, test-tekrar test, skorlar arası tutarlılık ve içsel tutarlılık ile sağlanmış, bu süreçte birçok değerlendirme yapılmıştır. Örneğin, iç tutarlılık tam ölçekli,.95 ve .98 arasındadır. Sözlü ve sözsüz ZB aralığı için tahminlerde ise testin güvenirlik tahminleri .90 ve .92 arasında iken alt testlerde .84 ve .89 arasındadır.

Bir başka açıdan geçerlik; yapı geçerliği, eş yön geçerliği, kıstas geçerliği çok çeşitli farklı zekâ ölçümleri, çok sayıda çalışmanın değerlendirmesi ile tamamlanmış-

tır. Genelde, SB-5'in geçerliğini kanıtlayacak uygun çalışmalar ile bu geçerliğin doğruluğunu kanıtlayacak ölçümleri kurmak zaman almıştır. İlk tahminler umut vermiştir (Roid, 2003) örneğin; zekânın diğer ölçümleri ile arasındaki ilişki, mesela Wechsler zekâ testi ile, beklenen orandadır ve diğer bilişsel beceri ölçümleri ile aralarındaki korelasyon uygundur.

Sonuçta Stanford Binet'in güncel versiyonu zekâ testi olarak değerli ve amacına uygundur. Strauss, Sherman ve Spreen'e (2006) göre, SB-5 mükemmel güvenirlik ve uygun seviyedeki geçerliği ile mükemmel bir testtir. Bu test entelektüel fonksiyonları ölçen en önemli testtir.

Wechsler Zekâ Testleri

Yeni Stanford-Binet testi 2 ile 85 yaş aralığı için olsa da, zekâ testlerinin diğer bir popüler dizisi Wechsler zekâ ölçeğinde yaş aralığına bağlı olarak ayrı testler kullanır. Erken zekâ testleri çocuklara odaklanmış olsa dahi 1939 yılında Wechsler yetişkinler için Wechsler-Bellevue zekâ ölçeği olarak adlandırılan birçok bakımdan yenilikçi olan ilk zekâ testini yayınladı. Belirtildiği gibi birincisi sadece yetişkinler için özel olarak tasarlandı ve ZK için o anki zekâ yaşı hesaplaması yerine ZK sapması kullanıldı. Buna ek olarak genel zekâya da katkıda bulunduğuna inanan Wechsler zekâ ölçümünde hem sözel, hem performans görevlerini birleştirdi. Bu testten önce ilgili ögelere de bir vurgu vardı. 1939 yılında yetişkin ölçümü geliştirdikten sonra (Wechsler-Bellevue'nun sonraki uyarlamaları Wechsler yetişkin zekâ ölçeği olarak adlandırılmıştır) Wechsler yetişkin versiyonları için kullanılan aynı modeli takiben, okul öncesi ve ilköğretimdeki çocuklar için zekâ testleri geliştirmiştir ve bunların her biri her yıl için yeniden düzenlendi. Bu testler çok popüler ölçümler oldu ve 1960'larda Wechsler testleri Stanford-Binet testinden daha popüler oldu. Wechsler ölçümleri entelektüel fonksiyonların en sık kullanılan ölçümleri olarak kalmıştır ve çoğunluk tarafından zekâ ölçümünün altın standartı olarak kabul edilmektedir.

Wechsler zekâ ölçümlerinin en güncel versiyonları zekânın dört ana etkisini yansıtan çağdaş teorik bakış açısından türetilmiştir:

1. *Sözel anlama;* aslında sözel kavram oluşumu, elde edilen bilgilerden yararlanma, akıl ve düşünceleri ifade edebilme ve muhakeme yeteneğini yansıtır.
2. *Algısal muhakeme;* sözlü olmayan muhakemeyi, problem çözmeyi, sözel olmayan görsel motor ve görsel mekânsal etkinlikleri içerir.
3. *İşleyen bellek;* yüksek düzey düşünme için gerekli bilişsel becerilerin değerlendirilmesidir. Örneğin, ezber yapabilme, dikkat ve konsantrasyonu sürdürebil-

me, zihinsel bilgilerin işlendiği yüksek düzey düşünme için bilişsel becerileri değerlendirme yetenekleri.

4. *İşleme hızı;* dikkati değerlendirme, gözden geçirme ve ayırt etme aynı zamanda planlama ve sebat gerektirir.

Ölçeklerin en güncel versiyonları daha öncede açıklandığı gibi tam ölçekli ZB'nün yanı sıra dört alanı yansıtan zekâ puanları üzerine odaklanmıştır. Ayrıca g yansıması olarak global bir yetenek endeksi hesaplanmaktadır. WAIS, WAIS-IV şu anki versiyonunun açıklaması ile başlayalım (Wechsler, 1944).

Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeği-IV (WAIS-IV)

WAIS, WAIS-IV'ün en yeni versiyonu, 10 alt teste ve 5 tamamlayıcı teste sahiptir. (Diğer alt veya tamamlayıcı bilginin yerine kullanılır.) Alt testler sözel ve sözel olmayan zekâ testlerini içerir ve daha önce açıklanan dört alandan değerlendirilir (yani, sözel, algısal akıl yürütme, çalışan bellek ve işlem hızı). Ancak son zamanlarda yayınlanmış olmasına rağmen, güvenirlik göstergeleri vardır ve geçerliği teknik kılavuzda sunulmaktadır. Örneğin, hem normatif örnek kullanarak birkaç özel örnekle, iç tutarlılığı, test-tekrar güvenirliği ile iyiden mükemmel dönüştürülmüştür (örn., 70'ten .94'e). Dahası geçerliği açısından WAIS-IV diğer ölçüm çeşitleri ve entelektüel fonksiyonlarla hem kliniksel hem klinik olmayan örneklerle karşılaştırılmıştır. Bu WAIS-III puanları ile WAIS-IV puanların karşılaştırılmasını içerir. Her durumda genel ölçüm ve alt ölçümlerin geçerliğinin uygun seviyelerine ilişkin kanıt bulunmaktadır. Örneğin, korelasyonlar WAIS-IV birleşik puanları ile WAIS-III puanları.80 ve.90 aralığında ilişkili bulunmuştur. Sonuçta, yeni bir ölçüm olmasına rağmen, başlangıçtaki göstergeler WAIS-IV yetişkin zekâsını ölçmede geçerlik ve güvenirliği geçmiş ölçüm versiyonlarına göre daha iyi kavramsallaştırılmış ve daha iyi geliştirilmiştir. Güvenirlik ve geçerlik ölçüm için mükemmel gibi görünmektedir ve gelecekteki araştırmalarda büyük olasılıkla önümüzdeki birkaç yıl içinde bu bilgiler daha da genişleyecektir.

Çocuklar İçin Wechsler Zekâ Ölçeği (WISC-IV)

WISC-IV 2003 yılında yayınlandı (PsycCorp., 2003). WISC-IV, 1991'de yayınlanan WISCIII'ün bir revizyonunu temsil eder. Bu çalışma WAIS-IV'ün daha önce açıklanan teorik modeline dayandırılmıştır ve böylece dört bileşik puan veya endeksleri yansıtan sözel kavram, algısal düşünme, işlem hızı ve işleyen belleğin yanı sıra tam bir ölçüm ZK puanı sağlar (40 ile 160 aralığında) Bu test 6 yaş (72 aylık) çocuklar ile 16 yaş 11 ay aralığındaki çocuklar için özelleştirilmiş (WAIS-IV ile bazı örtüşmeler vardır.) ve bu araçlar 14'ten fazla dile çevrilmiş olup her dil için uygun normlar oluşturulmuştur. Araçların benzer türde örneklerinden bazıları şekil 8.1.de sunulmaktadır.

ŞEKIL 8.1 WISC-IV bulunanlara benzer örneklerden bazıları:

Benzerlikler (23 öge)
Bir kalem ve tebeşirin bir parçası hangi şekilde birbirlerine benzerler?
Çay ve kahve hangi şekilde birbirlerine benzerler?
Bir inç ve bir mil hangi şekilde birbirlerine benzerler?
Dürbün ve bir mikroskop hangi şekilde birbirlerine benzerler?

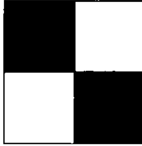
Sözcükler (36 öge)
Top nedir?
Koşma ne demektir?
Şiir nedir?
Yaygaracı ne demektir?

Anlama (21 öge)
Neden ayakkabı giyeriz?
Eğer birinin paketini düşürdüğünü görürsek yapılacak şey nedir?
Bir lamba hangi iki yönden bir mumdan daha iyidir?
Birleşik devletlerde, neden jüriler tarafından yargılama yapılır?

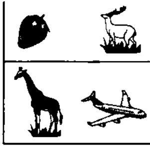
Bilgi (33 öge)
Kaç bacağınız var?
Suyu dondurmak için ne yapmalısın?
Görecelik kuramını kim geliştirdi?
Fransa'nın başkenti neresidir?

Kelime Muhakeme (24 öge)
Görev ipucu serisi ile genel bağlamı tarif ederek tanımlamaktır.
İpucu 1: Bu bir motora sahiptir____
İpucu 2: ____ ve çim kesmek için kullanılır.

Blok Tasarımı (14 öge)
Görev dört blok kullanarak uyarıcı dizaynları türetmektir (Aşağıya bakınız)



Resim kavramları (28 öge)
Görev seçilen her resim ortak yapıya sahip olacak şekilde resimlerin her birinden iki ya da üç sırasından bir resim seçmektir. (Aşağıya bakınız)



Kodlama (A kodlamasında 59 araç ve B kodlamasında 199 araç)
Görev bir anahtardan sembolleri kopyalamaktır (Aşağıya bakınız)

1	2	3	4	5	6
X	O	=	L	/	V

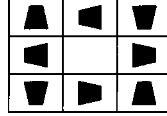
2	4	1	5	6	3	5	2	1	6	4	3

Sembol Arama (A bölümünde 45 öge ve B bölümünde 60 öge)
Görev bir dizide uyarıcı bir figür (bir sembol) görünüp görünmediğine karar vermektir. (Aşağıya bakınız)
Evet Hayır

⌂	◇	☼	□	◇	±	Δ	=	□	EVET	HAYIR
☼	±	◇	Δ	±	□	=	□	⌂	EVET	HAYIR
=	□	Δ	⌂	☼	□	±	X	◇	EVET	HAYIR

Sattler and Dumont izni ile yayınlanmaktadır (2004)

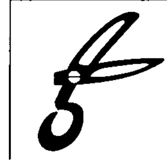
Matris muhakeme (35 öge)
Görev tamamlanmış olan matrisi inceleyerek beş seçenekten hangisinin matrisi en iyi tamamlayacağını belirlemektir. (Aşağıya bakınız)





1	2	3	4	5

Resim tamamlama (38 öge)
Resme bakarak-örneğin tekerleği olmayan bir araba, sapı olmayan bir makas ya da arama tuşları olmayan bir telefon-asıl eksik parçayı tanımlamaktır (Aşağıya bakın).

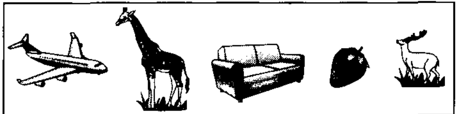


Sayı Dizisi (16 öge; ileriye doğru 8 sayı dizisi, geriye doğru 8 sayı dizisi)
Görev ilk bölümde ileriye doğru 2 ile 9 basamak arasında değişen numaraları tekrarlamaktır. (örnek: 1-8)
Görev ikinci bölümde tersten 2 ile 8 basamak arasında değişen numaraları tekrarlamaktır (örnek: 6-4-9).

Harf sayı sıralama (Her biri 3 çalışmadan oluşan 10 öge)
Görev iki ile 8 harf ve rakam arasında (örnek: 1-b) bir kombinasyonu ve azalan şekilde bunu takiben alfabetik sırada (örnek: e-6-d-9 dizini geriye doğru 6-9-d-e olarak tekrarlanmış olmalıdır) geriye doğru kombinasyonu tekrarlamaktır.

Aritmetik (34 öge)
Eğer bir parça şekerim varsa ve başka bir tane aldım, kaç parça şekerim var?
Tanesi 12 sent olan sabunun 4 kalıbı ne kadardır?
Normal fiyatının yarısına takım elbise satılırsa, 120 dolarlık bir takım elbisenin fiyatı nedir?

Çizim (2 öge, biri seçkisiz ve biri sıralı)
Görev belirli bir süre içinde, resimlerin hem seçkisiz hem sıralı düzenlemeleri ve hedef resimleri taramaktır (Aşağıya bakınız).



Güvenirlik açısından, WISC-IV önceki uyarlamalara göre önemli gelişmeler gösterir ve geçerliği açısından çok sayıda çalışma yapılmış, WISC-IV'in diğer bilişsel yeteneklerin ölçümleri ile geçerliği kanıtlanmıştır (Williams, Weiss, ve Rolfhus, 2003).

Wechsler Okul Öncesi ve İlköğretim zekâ ölçeği (WPPSII-III)

WPPSII-III (2 yaş 6 ay ile 7 yaş 3 ay arasındaki) çocuklar için bir zekâ ölçeğidir ve tam ölçekli ZB belirlemek için ve aynı zamanda sözel zekâ ve performans IQ'yu ölçmek için 11 temel alt testten oluşmuştur. Ek olarak, daha önce açıklandığı gibi diğer Wechsler ölçümleri ile seçenekli puanları belirleyen, birleşik puanları ve tamamlayan seçenekli alt testleri vardır. Ölçüm için süre yaklaşık 30 dakika iken daha küçük çocuklar için ise 40 ila 50 dakika sürer. Güvenirlik tahminlerinin uygun olduğu görülür (Strauss ve arkl., 2006) ve geçerlik kanıtı WPPSII-III ile diğer bilişsel yeteneklerin ölçümü uygun korelasyonlar göstermektedir (Strauss ve arkl., 2006).

Zekâ Testi Puanlarını Yorumlama ve Kullanma

Zekâ testlerinin sonuçları klinik psikologlara ne anlatır? Tam zekâ ölçümü klinik psikologlara g ve tüm zihinsel işlevsellik hakkında bilgi verebilir, daha küçük noktalarda analizler yapılır. Örneğin, alt test ölçümleri ayrıca daha çok zihinsel işleyişle ilgili olarak özgün yetenekleri, güçlü yönleri ve zayıflıkları değerlendirmek için incelenebilir. Ek olarak, alt test puanlarının desenlerine bakarak (testeler arası olarak da bilinir) özellikle potansiyel öğrenme engeli göstergesi ya da diğer zihinsel problemler bulunabilir. Bu yaklaşıma rağmen bu olasılığın geçerliğinin olmadığı görülmüştür.

Çünkü SB-5 ve herhangi Wechsler ölçümü, çok iyi yapılandırılmış tarzda belirgin sorular üzerinde ifade edilen yönergeler ve benzer ögelerle sunulur. Ayrıca ek test performansı klinisyen tarafından değerlendirilebilir. Klinik psikolog, entelektüel işleyişin anlaşılmasında yardımcı olabilen, müdahale ya da performansını geliştirebilen problem çözme stratejileri ya da davranışları gözlemleyebilir. Son olarak zekâ testlerinin sonuçları, diğer bilgiler ile birleştirilir; bu bilgiler (yani bilişsel alanlarda ulaşılan başarı testleri, örneğin, okuma seviyesi, matematik beceri seviyesi vb.) dahilinde testler özgül klinik sorunları daha yakından anlamak için de kullanılabilir.

KLİNİK NÖROPSİKOLOJİ VE NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRMELER

Nöropsikoloji klinik psikolojinin bir uzmanlık alanıdır ve "bir beyin işlev bozuklukları davranışsal ifadesi ile ilgili uygulamalı bilim" (Lezak, 1995 s. 7) olarak ifade edilmiştir. İki ana bölümü vardır; biri **deneysel nöropsikoloji**, beynin özgül çalışmalarını ve davranış ilişkilerini ve beyin fonksiyon bozukluklarının davranışları nasıl etkilediğini

araştırır. Diğer kolu, klinik nöropsikoloji, hasarlı beyin davranışının değerlendirmesi ve tedavisini içeren nöropsikolojinin uygulamaya dönük konuları üzerinde çalışır. Bu bölümde, klinik nöropsikoloji ve nöropsikoloji içerisinde klinik çalışmaların değerlendirmeleri üzerinde durulacaktır.

Genel olarak klinik nöropsikoloji, hasara karşı merkezi sinir sisteminde ortaya çıkan bozuklukların tedavisi ile ilgili konuları inceler. Her ne kadar beyninde bir çeşit hasar olduğundan şüphelenilen bireyin sosyal fiziksel ve davranış şeklinin diğer fonksiyonları açıklanacak olsa da; klinik nöropsikolog beyin ve davranış üzerinde, ağırlıklı olarak bilişsel ve zihinsel eksikler üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilen bilgileri kullanır. Genel amacı, merkezi sinir sisteminde bir çeşit hasarı olan bireylerdeki bozukluğun, konum veya lezyonların alanını (hasarlı nöral dokunun olduğu özel alan) ve davranışsal işlevselliğin miktarını belirlemektir. En tipik olarak, kafa yaralanmaları, çeşitli hastalıklar (örn., Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı), demans gibi bilinen ilerleyici bilişsel bozulma ile sonuçlanan, vasküler hastalıklar (örneğin, koroner arter hastalığı), kazalarla beyinde oluşan vasküler sorunlar (darbeler); herpes gibi bulaşıcı hastalıklarla oluşan ensefalit veya menenjit, toksik bozukluklar örneğin, kronik alkol kullanımı veya beyin tümörleri gibi; beyni ilgilendiren hasarlara neden olabilir.

Klinik psikoloji alanında bir uzmanlık alanı olarak nöropsikologların çoğunluğu klinik psikolog olarak eğitilmiştir. Klinik psikologlar programdan mezun olmalarına rağmen yetkin nöropsikoloji çalışabilmek için daha kapsamlı ve özel eğitimin gerekli olmasının yanında nöropsikolojik değerlendirmeye ilişkin bazı eğitimler de sunulabilir. Örneğin, nöropsikolojik değerlendirmede; nöroanatomi, nöropatoloji, normal ve anormal beyin fonksiyonları hakkında detaylı bilgiye sahip olmak gerekmektedir (Hebben ve Milberg, 2002). Klinik nöropsikoloji eğitimi için daha fazla lisansüstü programlar olmasına karşın bu eğitim genellikle doktora sonrasında (post doktora) yapılır.

Nöropsikolojik Değerlendirme Amaçları

Tarihsel olarak nörospikolojik değerlendirmeler, ağırlıklı olarak beyin lezyonları nörolojik sorunların tanısı için bilgi sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Diğer bir deyişle, nörospikolojik değerlendirme amacıyla yapılan beyin lezyonları nörolojik sorunların tanısı için bilgi sağlamak, özgül psikolojik testlerden performans sonuçlarını esas alarak beyinin hangi bölümü veya hangi parçalarının beyin hasarından etkilenmiş olduğunu, hasarın hangi boyutta olduğunun değerlendirilmesinde, tanıyı belirlemede yardımcıdır. Beyin hasarı bölgesinde ya da hasar tarafından beynin etkilenen alanların yerini belirleyebilmek amacı ile yapılan nörospikolojik değerlendirmeler tanının konması ve hastanın prognozu için değerli bilgiler sağlar. Ek olarak, bazı nöropsikolojik değerlendirmeler, psikiyatrik belirtilerin "fonksiyonel veya organik" olduğunu belirlemek amacıyla da yapılmıştır. Bu değerlendirme hasta tarafından sergilenen belirti ve bulguların psikolojik nedeni veya nörolojik süreçlerle ilgili olup olmadığına karar verilmesinde yardımcı olur. Günümüzde, nöropsikolojik değerlendirmelerin kullanım alanı genişlemiş ve gelişmiştir.

Bu değerlendirmeler tıbbi, hukuki eğitim ve rehabilitasyon soru ve sorunlarını çözmek amacıyla ve ayrıca araştırma alanlarında da kullanılmaktadır. Muriel Lezak'a (1995) göre dört genel amaçlı nöropsikolojik değerlendirme biçimi vardır:

1. **Tanı:** Nöropsikolojik değerlendirmeler, nörolojik, psikiyatrik ve gelişimsel belirtiler ve çeşitli nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki tanının ayırılmasında önemli rol oynamaktadır. Pozitron emisyon tomografisi (PET), nükleer manyetik rezonans görüntüleme (NMRI) ve bilgisayarlı tomografi (BT), bu lezyonların lokalizasyonu gibi bu tanısal kullanımları, gelişmiş görüntüleme tekniklerinin, gelişiyle birlikte nöropsikolojik değerlendirmeler azalmış olmasına karşın, beyin patolojisinin özel tiplerinde nöropsikolojik muayene ve incelemeler beyin hasarlarının özgül alanlarının belirlenmesinde hayati öneme sahiptir. İlgili bir damar, kişilerin yaralanmasından kaynaklanan fonksiyon bozuklukları veya ceza davalarında bir beyin hasarının olabileceği veya işlenen suça katkıda bulunabileceği gibi hususular olmak üzere yasal durumlarda nöropsikolojik değerlendirmeler gittikçe artan düzeylerde kullanılmaktadır.

Hastanın fonksiyonundaki değişiklikler (genellikle bilişsel, duygusal ve davranışsal) beyin hasarının varlığını, yerini ve şiddetini yansıtmaktadır. Nöropsikolojik değerlendirmelerin tanısal kullanımı sıklıkla dikkatli ve detaylı açıklamalar gerektirir.

2. **Hasta bakım ve planlaması:** Nöropsikolojik değerlendirmeler, sıklıkla beyin patolojisi nedeniyle ortaya çıkan engelli hastaların uyumuna yardımcı olmak amacıyla talep edilmektedir. Nöropsikolojik değerlendirmenin odak noktası sıklıkla hastaların yaşantılarındaki eksiklikler olmasına karşın; bakımın, rehabilitasyonun planlanması ve uygulanması açısından uygun seviyelerini belirlemek için hastaların güçlü yanlarını ve yeteneklerini belirlemek çok yararlıdır. Nöropsikolojik değerlendirmeler, hastanın beyin hasarına uyumu, eğitimsel seçenekleri ve bunun yanında tedavi, rehabilitasyon seçeneklerine ilişkin bilişsel, duygusal özellikleri hakkında değerli bilgiler sağlar. Bu bilgiler hastaların kendi geleceklerini planlamak için, uygun destekler geliştirmeleri için kullanılabilir. Örneğin, demans bozukluğu (Alzheimer hastalığına bağlı olarak bellek kaybı gibi) olan bir hastanın fonksiyonları gittikçe kötüleşirken gelecekteki ihtiyaçlarını karşılamak için hastaya en iyi yardımın nasıl sağlanacağı belirlenebilir. Ayrıca ailesinin, hastanın davranışsal eksikliklerin doğasını anlamalarına ve hasta ile ilgili sınırlamalarla baş etmelerine yardım edilebilir.

3. **Rehabilitasyon ve tedavi değerlendirmesi:** Artan beyin hasarının tedavi ve rehabilitasyon bilgisi klinik nöropiskoloji çalışmalarının artması ile "dikkatli, geniş hassas-ölçüm ve doğru nöropsikolojik değerlendirmelere uygun olan tedavi (Lezak, 1995, s. 12)" temel alınabilir. Bilişsel güçler ve zayıflıkla ilgili bilgi rehabilitasyon ve eğitim programlarının planlama açısından hayati olabilir. Ayrıca, nöropsikolojik veri belirli hastaların fonksiyonlarının kötüleşme oranın gözlenmesi için ilaçların veya diğer tedavi şekillerinin bilişsel semptomlar üzerinde pozitif ve negatif etkileri olup olmadığıyla ilgili olabilir.

4. **Araştırma:** Beynin fonksiyonun organizasyonunu ve beynin fonksiyonunun davranışla nasıl ilişkili olduğunu araştıran nöropsikolojik değerlendirmeler ve testler önemli olmuştur. Nöropsikoloji alanının asıl hedefi beyinin nasıl çalıştığını, beyin patolojisinin türleri veya özellikle hastalıklarının nasıl olduğuna ilişkin bilgiyi artırmak olsa da, ayrıca özel tekniklerin değerlendirmesi ve değerlendirmenin kalitesinin (Kutu 8.2) artırılmasına adanmış klinik araştırmalarla ilgili büyük bir bilgi vardır.

Nöropsikolojik Değerlendirmenin Altında Yatan Varsayımlar

Nöropsikolojik değerlendirmelerin altında yatan birçok temel varsayımlar vardır (Lezak, 1995) Bu varsayımlar aşağıda verilmiştir:

1. Genellikle bilişsel fonksiyon gerektiren durumlarda, eşlik eden beyin hasarının veya tehlikeli beyin fonksiyonlarının bazı tür davranışlarda devamlı eksiklere neden olduğuna ilişkin bir inanç vardır. Bu eksiklik hasarın bulunduğu yere, boyuta veya şiddetine bağlıdır, çok hassas ve yüksek kontrolle belirlenebilir veya kişi ile iletişim halinde olan herkes tarafından bariz bir şekilde açıkça görülebilir. Ek olarak bu eksiklik son derece sınırlı (insanların yüzünü tanıyamama gibi) veya zamanı, çok belirsizlikleri ve zorlukları tanımlayamama şeklinde çok geniş olabilir.

KUTU 8.2

WADA TESTİ

Nöropsikolojik değerlendirmenin bir türü olup özellikle dil veya bellek işleyişinin lokalizasyonu üzerine yoğunlaşır. Yazarlardan biri (PLH) ekip üyesi olarak WADA testine katıldı (Wada ve Rasmussen, 1960), Amobarbital "intracarotid sodyum prosedürü" ne maruz kaldı. Bu prosedürle örneğin; hastanın konuşma fonksiyonlarının beynin hangi yarım küresine yerleşmiş olduğunu saptayarak nörolojik müdahalenin yapılması amaçlanır. Dil işleyişinin lokalizasyon fonksiyonlarının fark edilebilmesi cerrahi müdahalenin olumlu etkilerinin ortaya çıkmasını sağlar. Bu prosedürde, hasta uyanık iken kartoid artere (beyni besleyen kan damarına) bir katater yardımı ile hastaya sodyum amorbarbital verilir. Böylece beyin fonksiyonları, nöropsikoloğun hastaya vereceği yönergeleri alması ve cümle üretip kısaltmasını yapabilmesi için hastanın bir müddet yarımküresini kapatmasını sağlamaktır. Ardından eğer dilin hangi yarıkürede yerleşmiş olduğunu ya da hangi yarımkürede etkin olmadığını görmemizi sağlar.

2. Beyin patolojisinin eksikleri veya eksiklik örüntülerinin anlaşılması ve süreçleri açıklayıcı, tanımlayıcı ve tedavi ile ilgili bilgilerin sağlanması çok yararlı olabilir.
3. Psikoloji alanında, standardize edilmiş psikolojik değerlendirmeyi vurgulamaktadır; ve bilişsel/düşünsel değerlendirmelerde en önemli değerlendirmenin beyin hasarlarındaki bilişsel ve entelektüel değerlendirme olduğunu vurgulamaktadır. Psikolojik testler onlarca yıldır gelişmektedir ve özgül olarak entelektüel ve bilişsel değerlendirmeyi yapmak için psikolojik testler içinde birçok teknik ve test tasarlanmaktadır. Dahası entelektüel ve deneysel doğrulama ile uğraşan büyük bir yazın vardır ve benzer koşullarda psikolojik testlerin kullanımı için bilişsel test ve teknikler güven vermektedir.

Önemli Değerlendirme Alanları

Beyin davranış ilişkileri bileşenlerini ölçmek için belirli yollar hakkında bazı tartışmalar olsa da, aşağıdaki alanlarda birçok nöropsikolojik değerlendirme yaklaşımını (Zillmer ve Spiers 2001) açıklamanın önemli olduğun dair genel ortak bir anlayış bulunmaktadır. Bu alanların fonksiyonlarından bazıları, beyin hasarının hemen her biçiminde sürece dahil olmakta; diğerleri beyin hasarının özgül biçimlerinde sürece az ya da çok katılmaktadır.

1. **Oryantasyon:** Bu kişilerin çevrelerini ve bulundukları ortamın farkında oluşunu içerir. Oryantasyonun bozulması beyin hasarlarının en yaygın semptomudur. Tipik olarak, oryantasyon; zaman oryantasyonu [Hangi gündeyiz? (tarih, ay, saat ?)] **yer oryantasyonu** (Şuan bulunduğumuz yerin adı nedir?) ve kişi oryantasyonu (Tam adın nedir?) olarak düşünebiliriz. Diğer tip oryantasyon problemleri **kişisel alan oryantasyonunu** içerir örneğin vücudun belirli bölümlerini işaret edebilme yeteneği (Başını göster.) ve birinin sahip olduğu vücudun bölümlerinden birinin adlandırılmasıdır (yani kişinin kolunu işaret etmek ve bu nedir diyerek hastayı sınamak). **Uzamsal oryantasyonu** (alandaki objelerin hareketleri, yönleri, pozisyonları arasındaki farkı gösterebilme yetisidir) ve **topografik oryantasyon** [kişinin seyahat ettiği tanıdık yollarda belleğindeki sorunların (yani evin posta kutusu)] sıklıkla değerini belirler. Testi yapan nöropsikolojik değerlendirmede kullanılan mini zihinsel durum muayenesindeki soruları hatırlamalıdır.

2. **Duyum ve Algı:** Uyarım duyu organlarının çevredeki bazı uyarımları yakalaması ve algı uyarımın ne olduğunu bilme ya da belirlemenin oluşumudur. Bu oluşumlar bizi dışsal (ve içsel) dünya ile bağlantıda tutan oluşumlardır. Nöropsikolojik değerlendirmelerde, nöropsikolog özellikle görsel, düşünsel ve fonksiyonların dokunsal seviyelerini içeren duyumsamanın ve algılamanın değerlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Özgül olarak, problemler birçok bozuklukla ilgili problemleridir ki muhtemelen bunların en yaygını benzer objeleri, insanları ya da uyarımları ayıramama, ayırt edememelerini içerir. Bu **agnozi** olarak bilinir ve kişinin işlevlerinde önemli etkilere sahiptir. En iyi

bilinen (en azından nöropsikolojik alanda) örneğin; bir hastanın **görsel agnozi**si Oliver Sacks, kitabında, karısını bir şapkaya benzeten adam olarak adlandırılmıştır (1985).

> O (hasta) şapkasının olmadığına karar verdi ve etrafta şapkasını aramaya başladı. Karısını böyle şeyler için kullanılıp kullanılmadığına baktı. Görünüşe göre karısını bir şapkaya benzetmişti. Eli ile uzandı ve kafasına giymek için karısının kafasını tuttu ve çıkarmaya çalıştı (sayfa 11).

Duyumsal ve algısal oluşumların değerlendirmesi özgül görevler içerebilir. Örneğin, sadece dokunma ile objelerin tanımlanması ve aynı ya da farklı olabilen kelime çiftlerinin incelenmesi ve hastanın aynı kelimenin tekrarlanıp tekrarlanmadığını veya iki kelimenin farklı olup olmadığını tanımlaması (Zilmer ve Spiers, 2001).

3. Dikkat ve konsantrasyon: Çünkü biz çevreden uyaranların gereğinden fazla soru yağmuruna tutuluruz ki, beynin son derece önemli işlevi seçmektir; ayrıca önemli ve bağıntılı bilgi oluşumu ve ilgisiz bilgileri önemsememektir. Eğer şuan bir dakika dikkatinizi toplarsanız ve etrafınızdaki her şeyin farkına varmaya çalışırsanız (sesler, manzaralar, ışığın seviyesi havanın sıcaklığı, ardındaki duyular vb), duyularınızı soru yağmuruna tutan uyaranlar miktarının duyumunu alırsınız. Duyularınız sürekli çalışıyor, bu paragrafı okurken bile beyniniz sesleri, manzaraları ve duyumları önemsememesi ve sayfadaki kelimelere dikkatinizin odaklanması gerekiyor. Böylece dikkat ve odaklanma etkileşimin süreçlerinde basit oluşum ve çevreye olan uyumu gösterir. İlgili problemin özellikle çarpıcı bir türüdür ve algılama kusuru (hemineglect) olarak bilinir, tablo 8.3.de tanımlanmıştır.

Beyin hasarlarının varlığında odaklanma dikkati sürdürme ve seçici dikkati kullanarak ayırt etme becerisi sekteye uğramaktadır. Zihinsel durumlarda en çok odaklanma, dikkat ve odaklanma ile entelektüel/bilişsel fonksiyonlar incelenerek beyin hasarları fark edilmeye çalışılır. Nöropsikolojik değerlendirmeler dikkat, uyaran üzerinden dikkati sürdürebilme ve dikkatini bir konudan diğerine kaydırabilme üzerine kurulmuştur, bu değerlendirmeyi yapabilmek için "Pazar'dan başlayarak geri geri gitmek" ya da "1'den başlayarak 3'er 3'er saymak" tekniğini kullanmaktadır.

4. Motor/Psikomotor Fonksiyonlar: Değer biçmede, önemli olan bir başka önemli değerlendirme ise motor beceriler üzerine kontroldür ve sık sık kontrol üzerine aşağı yukarı ekstremitedeler beyin hasarından etkilenebilir. Değerlendirme ekstremitelerin toplam eylemlerini içerir örneğin, kolları hareket ettirebilmek için ve yazı yazmak için gerekli olan kaslar etkilenmektedir. Hastanın test esnasında sol ayağını oynatmak, sağ elini kaldırmak veya parmakları ile ayak parmakları ucuna çabuk dokunmak gibi hareketleri yapması istenmektedir.

5. Dil ve Sözel Fonksiyonlar: Doğal olarak dili anlama ve yaratabilme yetisi (sözlü ve yazılı) döngüsel bir davranış olmakla birlikte belki de en önemli insani

tepkidir. Eğer konuşamadığımızı, konuşulanı anlamadığımızı, yazamadığımızı ya da yazılanı anlamadığımızı düşünürsek zamanla soyutlama ve sosyal temas kurmak istemediğimiz hissedebilir.

Böylece dil becerilerinin gelişmesi önemli bir alanıdır. Dil fonksiyonlarını anlatan işlevlerin (yani konuşma yazma) algısal fonksiyonlar ve terimlerini değerlendirir. (yani konuşulan ya da yazılan kelime, sözcük öbeği, cümleleri anlama). Sık sık görüşmelerde aşikar olmaya başlayan dil zorluklarının belirtileri olmasına rağmen değerlendirme için birçok özgül test bulunmaktadır (Strauss ve arkl., 2006).

6. Görsel-mekansal organizasyon: Görsel bilgiyi entegre ve analiz edebilme yetisi çevreden gelen bilginin oluşumundaki işlevi önemlidir. Örneğin, görsel bilgi, görsel bilgilere ilişkin depolanan bilgiyi tanıma ve algılama yetisidir ve kişinin bulunduğu yer, coğrafi durumla ilgili görsel-mekânsal organizasyonu içeren tüm yeteneklerdir. Bu tür yetenekler ancak beyin hasarlarından dolayı kaybolur ve nörologlar görsel bilgiye ait değerlendirmeyi mekânsal oryantasyon, yol bulma, yüz hatırlama ve görsel yapılandırma yöntemleri ile belirlemeye çalışır. Görsel-mekânsal değerlendirme için en çok kullanılan testlerden biri de Bender-Gestalt motor algılama testidir. Bu test hem projektif hem de nöropsikolojik değerlendirme için önemlidir.

7. Bellek: Belleğin değerlendirmesi belleğin birçok çeşidi (yani anısal, işlemsel) kompleks olabilir, bilginin depolanabildiği belleğin birçok modeli vardır (sözel bellek, motor bellek vb). Dahası bellek; çok sayıda oluşumu, bilginin ayrışımı, bilginin kodlanması, bilginin depolanması ve geri getirilmesini içerir. Bu değerlendirmede, psikologlar kodlama ya da yeni bilgiler öğrenme, geri çağırma ve eski bilgilerle yeni bilgilerin bir araya getirilmesi gibi kişisel yetilere değer biçer. Yapılan değerlendirme; genellikle sözel (yani sözlü öğrenme ve hatırlama bilgisi) veya görsel (biçim ve şekilleri öğrenmek ya da hatırlamak vb) modelleri içerir. Bellek fonksiyonlarını ve bellek işlevlerini değerlendirmek için birçok farklı test vardır.

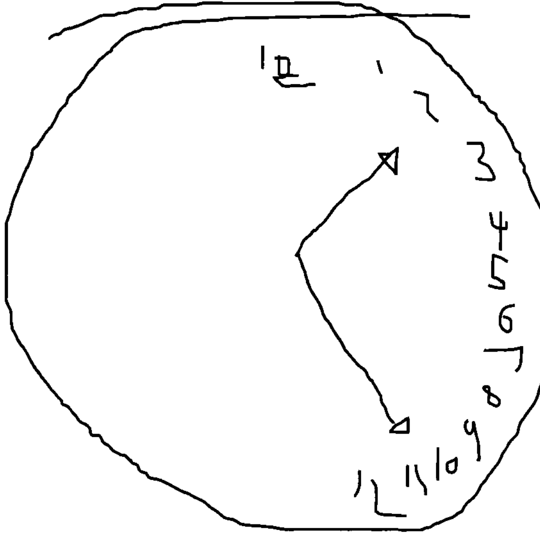
8. Soyut muhakeme: Soyut muhakeme yetisi birçok karmaşık bilgiyi bir araya getirerek problem çözmeyi, edinilen bilgileri diğer bilgi içeriklerine transfer etmeyi içerir. Soyut muhakeme, örneğin soyut kavramları anlama yetisi (yani özgürlük gibi) ve soyut kurallar (yani elma ağaçtan uzağa düşmez gibi), daha bilişsel fonksiyon olarak bilinir ve değerlendirmelere sık sık değer biçilir.

Soyut muhakeme sık sık soyut ifadeleri yorumlamak için hastalara sorarak değerlendirilir örneğin atasözleri. Örneğin, hastaya "bir kitap kapağı ile yargılanmaz" sözünün anlamını açıklaması için sorulabilir. Nöropsikolog verilen cevabı somut ya da soyut yorumlarını kodlar ve puanlar. Örneğin, "insanları dış görünüşlerine bakarak yargılayamazsın" daha soyut bir cevap olurken "kitabın dış görüntüsüne bakarak karar veremezsin" gibi açık bir cevap olurdu.

KUTU 8.3

YARISINI GÖZARDI ETME (HEMİNEGLECT)

Sağ yarımkürenin bazı bölümleri zarar görmüş olduğunda kişinin dikkatini bir problem üzerine yoğunlaştıramamasına "yarısını gözardı etme (hemineglect)" denir. Hemineglect olan hastalar objelerin ya da bedenlerinin bir tarafını algılayamamaktadır. Sacks (1985); yarısını gözardı eden hastayı, "sol tarafı olduğu fikrini kaybetmiş ve bu fikri hem çevresine hem de kendi bedenine uygulayan biri olarak tarif etmiştir. Bazen hasta yemek porsiyonlarının çok küçük olduğundan şikâyet etmektedir. Çünkü hasta tabağının sadece sağ tarafını görmekte sol tarafının olduğunu bilmemektedir. Aynı zamanda hastanın rujunu dudağının sağ tarafına makyajını ise yüzünün sadece sağ tarafına yaptığı sol tarafına boş bıraktığı görülmüştür. (s.77) Bunun için kullanılacak en önemli nöropsikolojik test bir saat çizme testidir. Hastaya bir saatin ön yüzünü çizmesi istenir. Aşağıda yarısını gözardı eden bir hastanın çizdiği resim görülmektedir.



Yukarıdaki sekiz alan bilişsel ve entelektüel fonksiyonların değerlendirilmesinde sıklıkla resim karşılaştırma tekniği hastanın fonksiyonları ile ilgili bilgi vermektedir. Örneğin, beyin hasarına sahip bir kişi aynı zamanda duygusal ve psikolojik sorunlar da yaşamaktadır. Bu konuya Bölüm 7'de MMPI-2 de değinilmektedir.

BİR NÖROPSİKOLOJİK TESTİN DEĞERLENDİRMESI NASIL YAPILIR?

Belirli şekillerde Nöropsikolojik değerlendirmelerle ilgili bazı tartışmalar bulunmaktadır. Alanda bazı çalışmalar, aslında noropsikolojik değerlendirmelerin her türü için belirli ve sabit test bataryalarının belirli fonksiyon alanlarının çalışmalarında kullanılması gerektiği varsayılır. İlişkili tüm fonksiyon alanlarını değerlendirilirken bu yaklaşımın avantajlı olduğu düşünülmektedir, testler bir standarta göre ve tutarlı bir şekilde fonksiyonların ölçümünü sağlar, testlerin çoğu uzman yardımcıları ya da profesyonel olmayanlar tarafından uygulanır. Test bataryası kullanım güvenirliği ve geçerliği için değerlendirilebilir olmalıdır ve beyin hasarlarını görüntülemek için güvenilir yöntemler sunabilir (Hebben ve Milberg, 2002). Diğer yandan, değişmeyen test bataryalarının hastalarda aşırı kullanımı bazı testler hastada var olan özgül problemler için yardımcı olmaz; alandaki gelişmeleri ve yeni bilgileri yansıtan ek ölçümler için izin verilmeyeceği varsayılır (Lezak, 1995). Sabit batarya yaklaşımının değerinin düşük olduğu varsayılır ki nöropsikolojik değerlendirme yerine esnek bir yaklaşım ya da bir hipotez-test yaklaşımı kullanmalıdır ve hasarın doğası ile bağlantılı olarak hastanın davranışsal gözlemleri nörolojik raporları ve daha da ötesinde beyin hasarları hakkındaki hipotezler veya fonksiyon şekilleri ve hipotezleri test etmek için özgül araçlar seçilmelidir. Bu yaklaşımın avantajlarının değerlendirmesi, hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir olması, fonksiyonların daha çok kapsamlı bir değerlendirmesinin sağlanması ve yeni geliştirilen yöntemler ve testler kullanılmasıdır. Öte yandan, bu esnek yaklaşım, geniş bir bilgi ve nöroanatomi ve beyin fonksiyonları ile ilgili eğitim gerektirir ve güvenilmez olabilir; hastanın gözlemini içerir ve test yöntemleri ve araçları ile ilgili kapsamlı bilgi gerektirir (Hebben ve Milberg, 2002).

Genellikle sabit bir batarya ya da esnek bir yaklaşım olup olmadığı, gibi konularla ilgili olarak kapsamlı nöropsikolojik değerlendirmeler yapılmasını gerektirir:

1. Çeşitli kaynaklardan alınan dikkatle incelenmiş bilgiler, tıbbi kayıtlar, nörolojik raporlar, hasarın yeri ve nasıl olduğu (örneğin, motosiklet kazasının ardından kafa travması veya operasyon esnasında beynin oksijensiz kalması) hastanın yaşadığı zorluklar (örnek yaralanma ve yaralanma sonrası kayıtlar).

2. Hem hasta hem de aile üyeleri ile detaylı ve derin karşılaştırmalı görüşmeler yürütülmelidir. Bu görüşme aynı klinik görüşme tekniğine benzer ve ek olarak beyin hasarı veya hastalıkla ilgili özel bilgiler içermelidir. Görüşmeler sırayla, sosyal, medikal, kültürel, psikolojik, açıdan okul ile çalışma hayatı ve problemlerinin tarihçesi vb. bilgileri içermelidir. Bu sıralama kişinin fonksiyonları ve beyin hasarı ile ilgili detaylı bilgiyi içermelidir. Hastanın davranış-

larının gözlenmesi (örneğin, görünüm, yönelim konuşma, kişiler arası ilişki kurma yolları, motivasyon ve alışılmadık davranışlar) görüşmenin en kritik yanını oluşturmaktadır.

3. Nöropsikoloji, nöropsikolojik testleri uygular. Bu durum aslında standart bir yaklaşımdır ancak değerlendirmenin uzamasına neden olmaktadır. Çünkü hastanın nöropsikolojik bir testi 6-7 saatte yapması şaşırtıcı bir şey değildir. Ek olarak bazı vakalarda beyin hasarının yanı sıra başka problemlerde (körlük, kırık, kemikler vb) bulunabilir. Nöropsikolog buna kolayca adapte olabilmeli ve testin başka kullanımına geçilerek test uygulanmalıdır. Buna **akomodasyon** (uyum sağlama) denir.

4. Hastanın test cevapları incelenir ve cevaplar; bozukluk ve hasarın düzeyi ile ilgili duruma karar verilmesine yardımcı olur. Nöropsikoloğun beyin hasarı ile ilgili bilgi alabilmesi için hastanın performansına göre değerlendirmeler iyi yapmalıdır. Bu bilgiyi elde etmek için test, beyin hasarı olan kişilere uygulanırken normal insanlara da uygulanır. Böylece beyni hasarlı olan kişi rahatlıkla ayırt edilebilir. Eğer kişi beyin hasarı olan kişiler gibi puan alırsa beyin hasarı vardır. Bu yaklaşıma **"istatiksel ve normatif yaklaşım"** denir.

Bu yaklaşıma ek olarak psikologlar daha esnek bir yaklaşım olan değişebilen skorlu yaklaşımı kullanır. Bu yaklaşıma göre nöropsikologlar kişiyi beyin hasarının ardından değerlendirebildiği gibi hasar öncesini de değerlendirebilmektedir. Bu duruma **premorbid** (hastalık öncesi) **işlevsellik** denir Bu tarz değerlendirmelerin ardından hasarın hangi bölümü etkilediği anlaşılmaya çalışılır. İlk olarak, hastalık kişinin aynı zamanda eğitimsel ve rehabilitasyon planlamasında bilgi aracı olabilir. İkincisi, kognitif fonksiyonlarda değişikliğin beyin hasarından sonra olup olmadığı sorgulanmalıdır. Örneğin, çok zeki ve bellek fonksiyonlarının olağanüstü olup bazı bellek kayıpları görülen kişi bellek yetisini önemli ölçüde kaybetse dahi test edildiğinde hâlâ belleğin normal sınırlar içinde olma durumu söz konusu olabilir. Normatif yaklaşım kullanılmasına rağmen, kişinin puanı beyin hasarı olmadığını gösterse dahi hâlâ beyin hasarının varlığını gösteren fonksiyonda önemli bir düşme olabilir.

Premorbid (hastalık öncesi) fonksiyonlar o kadar gerekli değildir. İlk olarak, değerlendirmelerde sık sık yöntemleri kullanırken beyin hasrına duyarlı olmayan testler (yani testler beyin hasarındaki bilişsel fonksiyonlarının ölçülmesi için sözel ve sözel olmayan kelime testleri verilir) premorbid fonksiyonlarda bilgi sağlayabilir. Nöropsikolog eğitim kayıtlarını, çalışmanın tür ve seviye kayıtlarını (yani ortalama zekâya sahip olan başarılı küçük işletmeci kişiyi farz edelim) veya çocukluk çağına dair bilgileri de kullanabilir.

NÖROPSİKOLOJİK TESTLER: SABİT TEST BATARYASI

Batarya yaklaşımı benimsendiğinde iki ana batarya vardır ki her biri beynin fonksiyonlarının özgül bir kavramı üzerine temellenir.

Halstead Reitan

Halstead Reitan Nöropsikolojik Batarya (Reitan ve Wolfson, 1993) sekiz sabit testten oluşan testlerin orijinali Dr. Ward Halstead ve Dr. Ralph Reitan tarafından geliştirilmiştir, bu batarya ile beynin fonksiyonlarının kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesine çalışılmıştır. Bu testler değiştirilemez ve genellikle teknisyenler tarafından, çok yapısal bir şekilde tatbik edilir. Testlerin ölçümleri ve normları iyi geliştirilmiş bir temele dayanır, test bataryaları bozukluk göstergesi olarak kullanılır. Bu gösterge ile beyinde hasar olup olmadığı belirlenir. Beyin hasarları için birkaç kriter daha vardır ki bu kriterler beyindeki hasarın yerini saptamak için geliştirilmiştir. Bu test bataryalarının içeriğinde beş genel alan bulunur. Burada listlenen beynin aktivitleri aşağıda hiyerarşik bir düzende sunulmaktadır:

1. Giriş işlevleri (dikkat, odaklanma ve bellek)
2. Sözel beceriler
3. Mekânsal, sıralı ve bilişsel beceri yetenekleri
4. Soyutlama, akıl yürütme, mantıksal analiz ve kavram oluşumu
5. Çıkış yetenekleri (vücudun her iki tarafındaki motor fonksiyonları)

Luria Nebraska

Dr. Alexander Luria, bir Rus nöropsikoloğudur ve o beyin fonksiyonların modelini ve beynin fonksiyonlarını kavramsallaştırılması (Luira, 1966) üzerinde temellenen bir nöropsikolojik değerlendirme yaklaşımını geliştirmiştir. Onun modeli pek çok kişi tarafından çok ilgi görmesine ve olağan dışı bulunmasına karşın Dr. Charles Golden, Luira'nın işlem yaklaşımlarının bazı bileşenleri alıp sabit bir batarya [the Luira-Nebraska Nöropsikolojik Batarya (LNNB)]-ki bu batarya çok daha kısa ve geçerliğinin orijinal işlem yaklaşımından görgül olarak çok daha kolay bir geçerliği bulunmaktadır-geliştirene kadar genel bir kabul görmemiştir. LNNB'nin kullanımının geliştirilmesi bir batarya olarak tartışmalı olmasına karşın, onun kısa yapısı nedeniyle bir miktar popüler olmuştur. LNNB 2-2, 5 saat içinde tamamlanabilen 269 öge içermektedir. Bu ögeler Luria (1966) tarafından tanımlanan beyinin bazı fonksiyon alanlarını ölçen 11 ölçek halinde gruplandırılmıştır. Fonksiyon alanları şunlardır:

1. Motor fonksiyonlar
2. Ritim

3. Dokunsal Fonksiyonlar
4. Görsel Fonksiyonlar
5. Alıcı Konuşma
6. Dışavurumcu Konuşma
7. Yazma
8. Okuma
9. Aritmetik
10. Bellek
11 Zihinsel süreçleri

Beş özet ölçüm, beyin hasarının büyüklüğü ve genel yeri yanı sıra bozukluğun derecesi hakkında bilgi vermek üzere toplanır.

NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME: ESNEK VEYA İŞLEM YAKLAŞIMI

Nöropsikolojik değerlendirme işlem yaklaşımı her hastanın fonksiyonların ve eksikliğinin faklı olması ve aynı görevi yerine getiren farklı insanların farklı bilişsel işlemlerinin olduğu fikrine dayanır. Kişisel olarak hastaya ve zorluklarına uyarlanmış olması gereken testler, açıklamalar ve fonksiyonların anlaşılması bu inanışa yol açar.

Bu yaklaşımın üç avantajı bulunur. İlki, hastanın doğasındaki kabul ve odaklanma; ikincisi hasta için en önemli görülen fonksiyonun belirli yönleri üzerine odaklanma; üçüncü hastanın bir testte nasıl başarılı ya da başarısız olacağına karar vermedir. Diğer bir deyişle, "hangi mevsimde kar yağar" sorusunu hasta yanıtlayamadıysa soru yeterince açık değildir ya da cevabı bilmiyordur. Esnek yaklaşım ile nöropsikoloğa yardımcı olabilecek tepki potansiyeli belirlenmelidir.

Dr. Muriel Lezak (1995) öğrettiği ve uyguladığı esnek yaklaşımı açıkladı. Psikologların genellikle özel tetkikler uyguladığını ama nasıl uygulayacakları hakkında detaylı bilgi sahibi olmadıklarını ve bu sebepten ötürü tüm yönleri ile ana bilgiyi veren bataryanın incelenmesi ve davranışsal gözlemlere dayanarak başka vakalarla bağlantı kurulması gerektiğini belirtti. Nöropsikolog daha sonra hipotezleri anlamalı ve hangi testi uygulayacağı konusunda seçim yapmalıdır. Davranışlar test esnasında da gözlemlenmelidir. Lezak'ın temel bataryası, bireysel olarak uygulanan testleri içerir. Örneğin temel batarya WAIS testinin çoğunu içerir bu alt ölçekler beynin davranış ilişkilerinin çeşitli alanlarından yararlanır.

Bunun yanında diğer testlerin bir türü; dikkat, görsel-uzamsal yetenekler, bellek ve öğrenme, sözel ve akademik beceriler, yapılandırma becerileri (yani kopyalama, çizim), kavram oluşumu, motor yetenek ve duygusal durumdan yararlanmıştır. Çok sayıda geliştirilmiş nöropsikolojik test enstrümanları ve yöntemleri bulunmaktadır bu yüzden özgül testlerin seçilmesi bataryanın seçilmesi de kuşkusuz değişken olacaktır (Strauss, Sherman, ve Spreen, 2006).

Diğer noropiskolojik değerlendirmeler için başka yaklaşımlar geliştirilmiştir. Örneğin Boston işlem yaklaşımı Edith Kaplan tarafından geliştirilmiştir. Pek çok nöropsikolojik muayenede, beyinin çeşitli fonksiyonlarını belirlemek amacı ile WAIS ve WAIS'in bileşenleri kullanılmaktadır. Kaplan, WAIS'te nöropisikoloji ile ilişkili daha özgül sorular ekleyerek değişiklik yapınış ve geliştirmiştir. Beyin hasarlı hastaların davranışlarının gözlemleri temel alınarak Wechsler Yetişkin Zekâ Ölçeği Revizesi Nöropsikolojik Enstrümanını geliştirmiştir (Kaplan, Fein, Morris, ve Delis, 1991). Bu ölçek başlangıç bataryasının bir kısmında tekrar kullanılmış ve sonraki testlere, temel olan performans, davranış ve hastanın bireysel gereksinmesine göre eklenmiştir.

SONUÇ

Bu bölümde entelektüel değerlendirmenin tanımı, nöropsikolojik değerlendirmeler ve genel özeti ile beraber öğrenciye sunulmaktadır. Çocukların entelektüel yeteneklerinin erken yaşlardan itibaren değerlendirilmeye başlanması, klinik psikolojinin bu alanında büyük bir ilerleme ve araştırma kavramlarında gelişmelere neden olmuş; entelektüel ve bilişsel güçlükleri olanlara yardım etmek amacı ile uygulamalı araştırmalar yapılmıştır. Değerlendirmenin başlıca alanları; nöropsikolojik değerlendirmeler entelektüel ve bilişsel fonksiyonlar arasında şüpheli olanlar veya beyin hasarı olanlar üzerinde odaklanmış ve gelişmiştir. Birçok değerlendirme yaklaşımı betimlenmiştir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Zekâ ve entelektüel değerlendirme alanı devamlı gelişmektedir. Kesinlikle zekâ anlayışımız artmaktadır. Bir yönden çoklu zekânın olup olmadığı ve zekânın sadece bir türünün olmadığı dikkate alınmıştır. Örneğin Dr. Robert Strenberg zekânın geleneksel bir kavramı olarak varsayıldığını ve çok dar olduğunu söyler ve üç farklı zekâ türünü önerir: analitik zekâ, zekâ testleri tarafından ne olduğu ölçülür, genellikle biz bu zekâ ile ne olduğunu düşünürüz. Yaratıcı zekâ, yeni durumlara uyma ve yeni problemleri ustaca çözerken gerekir; son olarak pratik zekâ, çevresel taleplere uyma yeteneğidir. Howard Gardner (1993) daha da ileri gitmiş ve zekânın yedi farklı türden daha az olmadığını belirtmiştir. Bunlar matematik, uzamsal, müzik, bedensel-devinsel, kişisel ve kişiler arası zekâları içerir. Zekânın farklı türlerinin psikolojinin ana akımları tarafından kabul edilip edilmeyeceği ilerleyen yıllarda belli olacaktır.

Yeni batarya sayılan nöropsikolojik NEPSY-II (Korkman, Kırk ve Kemp 2007) olarak bilinen 3 ve 12 yaş arası çocuklarda beyin hasarlarını değerlendirme için hazırlanmıştır. Dikkat ve yürütücü işlevler de dahil olmak üzere altı temel alandan oluşur.

Bunlar; dil, duyu ve motor fonksiyonları, görsel-motor fonksiyonlar, uzamsal işlemler, bellek ve öğrenme, sosyal algıdır. Oldukça yeni olmasına karşın çocuklarda beyin hasarının değerlendirilmesinde bataryanın kullanılması umut vaat etmektedir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Agnozi (Agnosia)
Akışkan zekâ (Fluid intelligence)
Alıcı fonksiyonlar (Receptive functions)
Deneysel nöropsikoloji (Experimental neuropsychology)
Dışavurumcu fonksiyonlar (Expressive functions)
Doktora sonrası düzey (Postdoctoral level)
Extratest davranış (Extratest behavior)
Fark puanı yaklaşımı (Differential score approach)
Fonksiyonel (Functional)
Genel yetenek indeksi (Global ability index)
Hastalık öncesi işlevsellik (Premorbid functioning)
İlgi dağılımı (Intertest scatter)
IQ oranı (Ratio IQ)
İstatiksel veya normatif yaklaşım (Statistical or normative approach)
Kişisel alanın oryantasyon (Orientation of personal space)
Klinik nöropsikoloji (Clinical neuropsychology)
Konaklama (Accommodation)
Kristalize zekâ (Crystallized intelligence)
Mekansal yönelim (Spatial orientation)
Nöropsikoloji (Neuropsychology)
Organic (Organic)
Topografik oryantasyon (Topographical orientation)
Wechsler-Bellevue Zekâ ölçeği (Wechsler-Bellevue Intelligence Scale)
Yaş testleri (Age tests)
Zayıflık göstergesi (Impairment index)
ZB Sapması (Deviation IQ)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Wechsler ölçümleri diğer görüş ve zekâ testleri ile karşılaştırıldığında hangi yönlerden yenilenmiştir?
2. SB-5 ve Wechsler testleri arasındaki ölçüm ve ZB kavramı ve zekâ ölçümünün bileşenleri benzerlik ve farklılıklarını tanımlayınız.
3. Nöropsikolojik değerlendirmede esnek ve sabit batarya yaklaşımlar arasındaki farklılıklar ve benzerlikler nelerdir?
4. Nöropsikolojik değerlendirmede entelektüel değerlendirme ile ilgi değerlendirmeler nelerdir?
5. Sizce Wechsler testleri nöropsikolojide nasıl kullanılmış olabilir?
6. Kişinin hangi özellikleri arka planda rahatsızlık öncesinde bilişsel süreçlerini tahmin etmek için kullanılır?

KAYNAKÇA

Alfonso, V. C., Flanagan, D. P., & Radwan, S. (2005). The impact of the Cattell-Horn-Carroll theory on test development and interpretation of cognitive and academic abilities. In D. P. Flanagan & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Second edition: Theories, tests, and issues*. New York: Guildford.

Anastasi, A. (1992). What counselors should know about the use and interpretation of psychological tests. *Journal of Counseling & Development, 70*, 610–615.

Binet, A., & Simon, T. (1905/1916). New methods for the diagnosis of the intellectual level of subnormals. In H. H. Goddard (Ed.), *Development of intelligence in children* (the Binet-Simon Scale) (E.S. Kite, Trans., pp. 37–90). Baltimore: Williams & Wilkins.

Boake, C. (2002). From the Binet-Simon to the Wechsler-Bellevue: Tracing the history of intelligence testing. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*, 383–405.

Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New York: Wiley.

Hannay, H. J. (1998). Proceedings of the Houston conference on specialty education and training in clinical neuropsychology, September 2–7, 1997, University of Houston and Conference Center. *Archives of Clinical Neuropsychology, 13*, 157–250.

Hebben, N., & Milberg, W. (2002). *Essentials of neuropsychological assessment*. New York: Wiley.

Ivnik, R. J., Malec, J. F., Smith, G. E. Tangalos, E. G., Peterson, R. C., Kokmen, E., & Kurland, L. T. (1992). Mayo's older American normative studies: WAIS-R norms for ages 56 to 97. *The Clinical Neuropsychologist, 6*(Supplement), 1–30.

Kaplan, E., Fein, D., Morris, R., & Delis, D. (1991). *WAIS-R as a neuropsychological instrument*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). *NEPSY II: A developmental neuropsychological assessment manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Luria, A. (1966). *Human brain and psychological processes*. New York: Harper & Row.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. F., Loehlin, J. C., Perloff, R. Sternberg, R. J., & Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist, 51*, 77–101.

PsycCorp. (2003). *WISC-IV Canadian manual*. Toronto, Ontario: Harcourt Assessment, Harcourt Canada Ltd.

Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan neuropsychological test battery: Theory and clinical interpretation*. Belmont, CA: Wadsworth.

Roid, G. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales (fifth edition) technical manual*. Itasca, IL: Riverside Publishing.

Sacks, O. (1985). *The man who mistook his wife for his hat*. New York: Harper Collins.

Spearman, C. (1927). *The abilities of man: Their nature and measurement*. New York: Macmillan.

Stern, W. L. (1912). Uber die psychogischen Methoden der Intelligenzprufung. *Bericht über den V. Kongress für experimentelle Psychologie 16*, 1–160.

Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford.

Terman, L. M., Lyman, G., Ordahl, G., Ordahl, L, Galbreath, N., & Talbert, W. (1916). The Stanford revision of the Binet-Simon scale and some results from its application to 1000 non-selected children. *Journal of Educational Psychology, 6*, 551–562.

Thurstone, L. L. (1938). Primary mental abilities. *Psychometric monographs*, No. 1.

Vernon, P. E. (1950). *The structure of abilities*. London: Methuen.

Wada, J., & Rasmussen, T. (1960). Intracarotid injection of sodium amytal for the lateralization of cerebral speech dominance. *Journal of Neurosurgery, 17*, 266–282.

Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Williams, P. E., Weiss, L. G., & Rolfhus, E. L. (2003a). *WISC-IV technical report #2: Psychometric properties*. The Psychological Corporation.

Zillmer, E., & Spiers, M. (2001). *Principles of neuropsychology*. Belmont, CA: Wadsworth.

DAVRANIŞSAL VE BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölüm klinik psikoloğun kullanabileceği farklı ölçüm araçları sınıflarının tanıtımı üzerinedir. Bu bölümde tanımlanacak iki yöntemin avantajı, ikisinin de danışanın yanıtlarının yol açtığı yanlılıktan uzak bir şekilde bilgi sağlamasıdır. Ancak, bu durumun hangi koşullarda ne zaman ve hangi sorular için doğru olduğunu açıklamak belli bir uğraş gerektirmektedir.

DAVRANIŞSAL DEĞERLENDİRME

Temel Prensipler ve Mantıksal Temel

Klinik Psikoloji ve Psikiyatri'de kişiliğin, psikopatolojinin ve danışanın sağlığındaki bozulmanın değerlendirilmesi ağırlıklı olarak ya tanıya yönelik görüşme yoluyla yapılır ya da standart testler aracılığıyla kişinin kendi bildirimlerine dayalıdır. 7.Bölümde'de tartıştığımız üzere, bunun sağladığı birçok avantajdan biri görüşme yoluyla bir ilişki kurma fırsatının doğmasıdır. Ayrıca görüşmeyi yapan kişi danışanın bildirdiği davranışın tutarlılığını (ya da var olup olmadığını) gözlemleyebilir. Yüksek standardizasyon ve maliyetlerin düşük olması anketlerin kullanımı için avantajlar sağlarken davranışın değerlendirilmesinde sağladığı esneklik de çok yararlı olmaktadır. Ne yazık ki, danışanlar kendi bildirimlerinde problem davranışları özellikle de sosyal anlamda problemli olarak etiketlenmiş olanları göstermek istemezler ya da şiddetini azaltarak belirtirler. Danışanlar, özellikle de çok genç olanlar, sözel yetenekleri sınırlı olanlar, zeka geriliği olanlar ya da beyin hasarına bağlı bilişsel fonksiyonları bozulmuş kişiler geçmiş yaşantılarını çok doğru hatırlamayabilir. Yalnızca danışanın ifadelerine dayanan bir değerlendirmenin zayıflığı klinisyende sürekli bir güvensizliğe neden olmalıdır ve danışanın yanıtlarını verdiği ortamın sürekli kontrol edilmesini ve anlaşılmasını gerektirir. Bu problem belli bir dereceye kadar MMPI ve ya PAI (bkz. bölüm 7) gibi kendi içinde doğru yanıt ölçeklerine sahip olan daha karmaşık yapıdaki testlerle çözümlenebilir. Bu nedenle değerlendirmenin

* Çeviren: Uzm. Psikolog Selgün YÜCEİL

güvenirliği değerlendirme paketinin kandırma ya da yanlılığın zor ya da imkânsız olduğu ve yorumlar üzerinde sonuç çıkarmanın gerekmediği tamamlayıcı görüşme ve anketlerle desteklenerek büyük ölçüde güçlendirilebilir. Davranışsal ve biyolojik değerlendirmeler bu gereksinimleri (belli şartlar altında) karşılar ve bu nedenle davranışsal ve biyolojik değerlendirmeler bu bölümde tanıtılacaktır.

Davranışın değerlendirmesi özellikle de davranışçı terapide (ayrıntılı olarak 12. Bölümde sunulmaktadır) tüm terapi sürecinin kavramsallaştırılması, planlanması ve ilerlemenin belgelenmesi süreçlerinin bütünleyici bir parçasıdır. Ancak bu durum davranışın değerlendirmesinin sadece davranışçı terapiyle sınırlı olduğu sonucunu doğurmamalıdır, davranışın değerlendirmesi patoloji hakkında bilgi veren ve açıklayıcı olan gözlenebilir davranışın niceliksel değerlendirmesini sağlar.

Davranışçı terapistin karşılaştığı tipik problemler kaygı problemleri ve ona eşlik eden kaçınma davranışları, madde kullanım problemleri ya da kompulsif davranışlardır. Eğer tırnak yeme problemi için terapi isteyen birey bunu saç çekme gibi başka bir problemi temsil etmek için kullanmıyorsa ve tırnak yemeyi bırakırsa tedavi başarılı olur. Ya da uçağa binmekten korkan birisi herkesin çok isteyebileceği bir terfiyi çok fazla uçak yolculuğu yapması gerekeceği için reddedebilir. Eğer terapiden sonra uçma konusunda makul bir ölçüde rahatlarsa ve böyle bir terfiyi kabul ederse o zaman yine hedef davranışta değişim ortaya çıktığı için terapi başarılı olmuştur. Bu örnekler davranışların değerlendirmesinin açıkça görülebilen faydasını göstermektedir; bu durumda daha fazla sayıda ve karmaşık testlere, anketlere ve uzun görüşmelere gerek yoktur. Ayrıca, davranışsal değerlendirme terapistle duygu ve düşüncelerini kolayca paylaşamayan, küçük çocuklar ya da ağır derecede gerileme yaşayan yetişkinler içinde çok uygundur. Aslında bu kişiler için bireysel davranışsal gözlem, kullanılabilecek tek değerlendirme şeklidir.

Bütün bunlar ümit verici görünüyor değil mi? Gerçekten bu kadar basit olabilir mi?

Uygulama ve Yorumlamada Geçerlik ve Etik

Okuyucunun kolayla tanımlayabileceği gerçek yaşam örnekleri kullanarak davranışsal değerlendirmenin güçlü yönlerini ve potansiyel problem alanlarını göstermek daha kolay olabilir. Sabırsız bir sürücü kırmızı ışıkta beklemeden geçtiğinde devriye gezen iki polis memuru tarafından görülürse yargıç mahkemede bu iki polis memurunun gözleminin geçerliğini hemen kabul edeceği için bu sürücünün mahkemede savunacak bir şeyi yoktur, dava hemen biter. Doğrudan davranışsal değerlendirmenin ne olduğu (ekolojik geçerlik veren) üstünde durulur, yorumlanması istenmez. Bu durum, yukarda verilen dava örneğinde güzel bir şekilde canlandırılmıştır (Bakınız Kutu 9.1).

Bu varsayıma dayalı fakat anlamlı olmayan kırmızı ışıkta geçen sürücü senaryosunu oluşturarak, davranışsal değerlendirmenin önemli özelliklerini keşfetmek üzere kapı açılmış olur. Her şeyden önce birinin davranışı; a) Kendisi tarafından ve b) Başkaları tarafından izlenebilir ve değerlendirilebilir. Birinin kendini gözlemlemesinin avantajı gözlemcinin uzun bir zaman boyunca gözlem yapabilmesi ve bütün davranışları hatırlayabilmesidir. Halbuki polis memurları örneğinde olduğu gibi bir başkası gözlemlediğinde kişinin davranışı küçük bir pencereden kayıt edilebilir, yani tek başına kırmızı ışıkta geçme davranışı kayıt edilir.

KUTU 9.1

Bu gerçek bir yaşam öyküsüdür (biz kurgulamadık); olay bir Vancouver Mahkemesinde gerçekleşmiştir ve bize yardımcı hakim tarafından anlatılmıştır.

Bay P'nin yeniden çalışmasını engelleyen bir yaralanma geçirmiş olması nedeniyle özürlülük sigortası için sigorta şirketine dava açmıştır. Eğer iddiası makul bulunursa sigorta ona yaşam boyu özürlülük ücreti ödeyecekti. Sigorta şirketi bu iddianın doğruluğundan şüphe ediyordu, çünkü tıbbi kanıtlar çok da açık değildi. Sigorta şirketinin avukatı Bay P'nin çapraz sorgulamasında sigorta şirketinin şüphesini doğrulayacak bir şeyler ortaya çıkmasını umuyordu. Kabaca diyalog şöyle olmuştu:

Avukat: "Bay P., İddianızla ilgili tıbbi rapor önümde duruyor ve iki kez okumama rağmen neyi yapamadığınızdan hâlâ emin olamadım."

Bay P: "Evet, bacaklarımı hareket ettirmekte sorun yaşıyorum"

Avukat: (Sabırsızlığı görünecek şekilde) "evet, bunu raporda da görüyorum fakat hâlâ bu rapor tam olarak neyi yapamadığınızı göstermiyor."

Bay P. Avukatın ısrarcı tutumuna kızmıştı ve bütün mahkemenin önünde ayağa kalktı, dizini hızlı ve güçlü bir şekilde göğsüne doğru çekerek, avukata "yapamadığım şey işte budur" dedi.

Ve bu davanın sonu idi. Gözlenen davranışın ikna ediciliği ile dava çabucak tamamlandı ve sonlandırıldı.

Ancak kendini gözlemleme durumunda da kişinin açık ve dürüst olmanın istenen (ya da istenmeyen) sonuçları ile ilgili inançlarının ne kadar etkilediğine güvenemeyebilirsiniz.

Bir psikoloğun danışan ya da araştırma katılımcısından kendi davranışlarını kayıt etmesini istemesinin diğer bir dezavantajı da olanları tam olarak hatırlamanın (özellikle de sıklıkla olan ve çok da önemi olmayan olayların kayıt edilmesi istenildiğinde) zor olmasıdır. İlk olarak eğer danışandan "Geçen ay ilaçlarınızı hangi sıklıkla kullandınız?" gibi çok da belirgin olmayan bir durum hakkındaki bilgiyi seçip çıkarması istenildiğinde danışan tam olarak doğru cevabı veremeyebilir. Çünkü geçmişteki bu tür detaylara çok da dikkat etmeyiz. Diğer yandan, karısına ne sıklıkta vurduğunu sorarsanız büyük olasılıkla cevabı bilecektir ancak bu seferde tahmin edileceği gibi sosyal olarak kabul edilmeyen böyle bir davranışı dürüstçe bildirme konusunda tereddüt edecektir. Benzer bir şekilde bir ergen bir gece önceki sarhoşluğu açısından ebeveyni tarafından sorgulandığında aldığı alkol miktarını kasten önemsizleştirerek söyleyecektir. Kendini izleme davranışının temel noktaları şudur;

- Maliyeti göreceli olarak daha azdır.
- Daha uzun bir zaman gerektirir.

- Kişinin alışkanlıklarını gösterebilir.
- Daha yüksek ekolojik geçerliği vardır, ancak davranış sosyal olarak kabul edilebilir değilse dürüstçe belirtilmeyebilir.

Koşullar, gözlemcinin değerleri ve alışkanlıkları, ne gözlendiğini ve neyin kayıt edildiğini etkileyen faktörlerdir. Yanlılığın en aza indirilmesi klinik psikoloji açısından çok önemlidir ve bunu başarmayı sağlayacak olan birçok teknik bu bölümde daha sonra açıklanacaktır.

İkinci önemli özellik kırmızı ışıkta geçen sürücü örneğinde olduğu gibi birisi hakkında gözlem yapılırken bilinenlere karşı bilinmeyenlerin de olduğudur. Gözlemlerin bu özelliği **açık olana** karşı **gizli kalan** olarak adlandırılır. Gözlemlendiğimizi bildiğimiz zamanki gözlem açık gözlemdir ve biz kendi imajımızı koruyacak, bizi cezadan uzak tutacak olan moda davranışları gösterebiliriz ve bu nedenle, bu bilgi ölçüm koşullarının kendisini **tepkisel** (yani bir sonraki davranışımızı etkileyebilen) bir hâle getirir. Bu, büyük bir oranda davranışsal testin geçerliği açısından ciddi bir tehdittir fakat istendik bir yan etki de olabilir. İlk kez içtiği sigara sayısını tam olarak kayıt etmeye başlayan bir sigara bağımlısı için bu farkındalık değişim için bir uyaran haline geldiği için zamanla sigara içme davranışı azalabilir. İlginç bir şekilde davranışın tam olarak kayıt edilmesi olumlu bir değişim başlatabilir ve bu nokta değerlendirmenin terapi programının kendisinin sürekli ve yapıcı bir parçası olduğunu öğretir. Bir terapist danışanın kendi kendini gözlemlemesini teşvik ederek ve bunun da bir davranış değişikliği başlatacağını ümit ederek bu bilgiden yararlanabilir.

Dikkat çekici olan açık olan ölçümün bu potansiyel tepkisel doğası her zaman elde edilen sonucu geçersiz hâle getirmez. Örneğin, köpek fobisi olan bir hasta terapiste bir köpeğe şiddetli korku hissetmeden 10 metreden daha fazla yaklaşamadığını gösterdiğinde, terapistin orada olduğu ve hastanın onun orada olduğunun farkında olması ifade edilen korkuyu geçersiz kılmaz. Hasta köpeklerle ilgili kaygısını zaten ortaya koymuştur ve bu nedenle farklı bir imaj aramaya gerek yoktur. Benzer şekilde terapinin sonunda bir köpeğe dokunabilirse o zaman bu yaklaşma davranışı yorumlama gerektirmeyen bir başarı olarak görülebilir ve açık olma durumu bu sonucun geçerliği açısından bir tehdit oluşturmaz.

Yani açık gözlem, davranışın kendisini değiştirebilir ve bu potansiyel olarak bir geçerlik problemi yaratır. Eğer bu davranışsal gözlemler ne gözlemlediği hakkında hiçbir bilgisi olmayan objektif kişiler tarafından yapılabilseydi ideal bir durum olabilirdi. Yasalara göre, toplum içinde gösterilen davranışlar hiçbir kısıtlama olmadan herhangi biri tarafından gözlemlenebilir. Örneğin, sigorta şirketleri, yasal bir şekilde şüpheli özürlülük ödeme talepleri içeren iddiaları olan kişileri izlemek için gizli kamera taşıyan dedektifler kullanırlar. Böyle bir iddia sahibi mahkemede, ofisinde bir sandalye kaldıramayacak kadar güçsüz olduğunu iddia ettiğinde, gizli kamera kayıtlarında bir arkadaşına bir piyanoyu üçüncü kata taşıma konusunda yardım ettiği gösterildiğinde dava hemen düşer. Öte yandan insanların mahrem alanlarında (evleri gibi) rahat olmalarını sağlayan, gizli gözlemin nasıl yapılacağına ilişkin yasalar ve etik kurallar vardır. Bu nedenle bir psikolog tipik olarak evde ya da başka bir yerde bir ebeveynin çocuklarını istismar edip etmediği hakkında gizli gözlem yapamaz. Bunu yapmak etik değildir ve

muhtemelen yasal da değildir. Bu nedenle davranışın gözlenmesi ile ilgili doğal bir problem; sadece açık alanlarda yapılan, etik ve yasal olan gizli gözlemin daha geçerli olduğunu düşünüyor olmamızdır. Bu durum açık gözlemin halen geçerli olup olmadığı ve tepkisellik oluşturup oluşturmadığı sorusunu açığa çıkarmaktadır. Neyse ki sorun sadece bu kadardır. Klinik deneyimlerde, evlilik terapisindeki çiftlerden uzun süredir aralarında var olan bir sorun hakkında tartışmalarını istediğinde, tecrübeli terapistler bu çiftlerin sadece birkaç dakika içinde orijinal tartışmalarına son derece benzeyen ve evde ne olup bittiğini yansıtacak bir şekilde birbirlerine kızmaya başlayacaklarını bilirler. Ya da toplum önünde konuşma yapmak konusunda aşırı derecede kaygı hisseden birinden terapi grubunda bir konuşma denemesi yapması (biz bunu **rol-oynama** olarak adlandırırız) istendiğinde; ortaya çıkan **kaygı** gerçekte olan kaygının benzeridir ve kişinin tipik tepkisini yansıtır. Özetle, davranış gözleminin koşullara bağlı olduğunu, açık gözlemin, gözlemcinin yanlılığını taşıyabileceğine inanın ya da inanmayın, çok sıklıkla en geçerli bulduğumuz şekli (yani gizli gözlem) etik değildir.

Gözlemlerin Yararlılığının Arttırılması

Anlamlı bir gözlem ve kayıtın anahtarı gözlenen davranışın açık bir şekilde tanımlanması ve açıklanmasıdır. Başka bir bireyin gözlemlenmesi durumunda gözlenecek davranışın kayıt edilebilmesi için açık davranış tanımlarının kullanıldığı bir kodlama sistemi yaratarak ve birbiriyle olabildiğince uyumlu hareket edebilecek değerlendiriciler yetiştirerek bu başarılabilir. Tablo 9.1 böyle bir sistemin nasıl kurulabileceği konusunda kolay anlaşılabilir bir örnek sunulmaktadır.

Tek bir danışan ya da bir durum için bir davranışsal değerlendirme kiti yaratmak, göreceli olarak basit bir yaklaşım olur. Bunu yapabilmek için özellikle köprü üstünde araba kullanmak ya da derin sulardan korkmak gibi sorunlu kaçınma davranışları olan vakalarla ilgili senaryolar uygundur. Terapist, danışanın korku yaratan uyaran karşısında ne kadar kaygı hissettiğini görmek isteyebilir. Örnekler uçma korkusu ya da derin sulardan korkma nedeniyle terfiyi reddeden hastalar olabilir. Terapideki ilerlemeyi kayıt edebilmek için hasta ile birlikte korku yaratan durumların uçma ya da derin sular temaları üzerinden hiyerarşik bir listesi çıkarılabilir. Bu suyla ilişkili davranışların ve düşüncelerin 0-100 arasındaki bir ölçek üzerinde gösterilmesi ile yapılabilir. Ölçek, 100 hastanın şimdiye kadar yaşadığı en yüksek kaygı düzeyini yansıtır. Böyle bir ölçekteki **puanlar öznel sıkıntı birimleri (ÖSB)** olarak adlandırılır ve hasta bir hiyerarşik adımlar seti sağlayabilir ve Tablo 9.2. deki derecelendirmelerin karşılığıdır.

Eğer terapi korkuyu ve kaçınma davranışını azaltmada başarılı olursa terapideki ilerleme o zaman hastanın korku oranındaki ve ya kaçınma davranışındaki azalma gösterilerek kolayca kayıt altına alınabilir ve izlenebilir. Terapist böyle hastalarla rutin bir şekilde çalışırsa, hastanın korku objeleri ve korku hiyerarşisinde her bir adıma eşlik eden öznel anksiyete düzeyi ile uyumlu **Davranışsal-Yaklaşma Kaçınma Testi** için bir standart bir metin ya da temel bir model elde edilmiş olur. Böyle bir testi oluşturmak ve uygulamak sadece dakikalar sürer.

Kendi Kendini Gözlemleme

Bu bölümün başlarında davranış gözleminin kişinin kendisi tarafından ya da başka birisi tarafından yapılabileceğine işaret edilmişti. Her birinin başlıca avantaj ve dezavantajları da tartışıldı. Olanları doğru olarak hatırlama ile ilgili problemi en az düzeye indirebilmek için

TABLO 9.1. Sürekli bir kız ya da erkek arkadaşlığı için adayları değerlendirmek amacı ile yapılan davranış gözlemleme kodlama sistemi

	DAVRANIŞ AÇIKLAMASI VE KOD				
DEĞİŞKEN	*5*	*4*	*3*	*2*	*1*
Cömertlik	Size, kayın validesine ve ailenin köpeğine her zaman güzel noel hediyeleri alır	Size genelde güzel bir noel hediyesi alır	Size Bir kez doğru dürüst bir hediye almayı başardı	Size bazen bir ikinci el mağazasından kötü bir hediye alır	Size ikinci el mağazasından bir hediye almak için sizden borç alır
Dinleme becerileri	Siz daha söylemeden ne düşündüğünüzü anlar	Dikkatle dinler ve satır aralarını okur	Söylediklerinizin yarısını duymaz	TV'nin sesini kapattığınızda geçici olarak dinler	Odada olup olmadığınızı bile fark etmez
Yardımseverlik	Sizin Alaska'da kuaförlük eğitimi alabilmeniz için çok sevdiği beyin cerrahi kariyerini bırakır	Arabanız tamirde iken yağmurlu havada arabasını size ödünç vererek otobüse biner	Sizinki bittiğinde cömert bir şekilde diş macununu kullanmanıza izin verir	Annenizin 3 gün önce arayıp acil bir durum dediğini tesadüfen size söyler	Çok sevdiğiniz pantolonunuzu giydiğinizde kalçalarınızın gerçekten büyük olduğunu söyler
Sosyal beceriler	Papayı Yahudi olmaya ikna eder	Annenize içten bir gülümseme ile yanık kurabiyelerin çok güzel olduğunu söyler	İşitme sorunu olan büyükannenizle 5 dakika konuşabilir	Cahil kuzeniniz avcılık hikâyeleri anlatırken iki kez sadece iki kere burnunu karıştırır	Obez kuzeninize sürekli bebek ne zaman geliyor diye sorar
Sosyal sorumluluk duyarlılığı	Yılın 3 ayını Antartika'da çocuklara okuma öğretmeye harcar ve haftada 3 kez huzurevinde gece okumaları yapar	Şişe kapaklarını toplar, onları ayırır ve geri dönüşüm fabrikasına gönderir	Metal kutular cam şişelerden daha kolay geri dönüştüğü için kutu bira içer	Kirliliği azaltmak için sadece orta boy spor arazi aracı alır	10 yaşındaki hiperaktif çocuğa ateşli silahların ne kadar eğlenceli olduğunu öğretir

ve terapistin ofisinin dışında da ölçümü kolaylaştırmak için günlük şeklinde kullanılabilen matbu kayıt defterleri tutmak anlamlı olacaktır. Son zamanlarda araştırmacılar günlük tutmak için küçük el bilgisayarlarını kullanmaktadırlar, böylece pahalı skorlama ve veri girişi hataları engellenmiş olmaktadır.

TABLO 9.2 Su Fobisi Olan Hasta için Korku Endeksi

ÖZNEL KAYGI BİRİMLERİ	DURUM
100	Derin suda bulunma, dibe ayağın dokunamaması veya dibi görememe
80	Boyuna kadar suda bulunma, dibe ayağın dokunması
60	Sığ havuzda bulunma, suyun bel yüksekliğinde olması
40	Şişme havuzda bulunma, suyun ayak bileğine gelmesi
25	Geniş bir yüzme havuzunun yanında bulunma
20	Kayık ile gezintiyi düşünme
10	Çocukları şişme havuza götürmeyi düşünme

Özet

Bu bölümde, değişimin zaman içerisinde kolayca takip edilebilmesi açısından standartlaştırılmış ve yapılandırılmış davranış değerlendirmesi için gerekenleri tanımladık. Bu, farklı insanlar arasındaki karşılaştırmayı kolaylaştırmaktadır. Klinik psikoloji uygulaması dışında dahi, davranış gözlemi, kişiler arası etkileşimin standart bir özelliğidir ve bu bilgi kaçınılmaz bir şekilde, kayıt edilir ve sağduyu kullanılarak yorumlanır. Bir çift bir partiye katılırsa, eve dönüş yolunda diğer katılımcılarla yaptıkları sohbetleri birbirlerine anlatmaya ve şu şekilde yorumlar yapmaya eğilimlidirler: "Suzie Q'nun yeni komşumuzla fazla yakın olduğunu fark ettin mi?" veya "Barry her zamanki gibi bir baş belasıydı, bütün sohbette baskın olan oydu ve içtikçe daha da kötüleşti." Bu gösteriyor ki davranışsal değerlendirme günlük yaşantının bir parçası ve sadece klinik psikologlara özgü değil. Günlük gözlem ve profesyonel değerlendirme arasındaki fark, tabii ki, puan veren objektif gözlemcilerin güvenirlik açısından gerekli eğitim seviyesi ve değerlendirme yaklaşımının standartlaşmış olmasıdır.

◇ BİYOLOJİK DEĞERLENDİRMELER

Psikolojik değerlendirme ve klinik psikoloji kitapları genellikle biyolojik değerlendirmeyi göz ardı ederler. Peki, neden diğer klinik psikologlar bu konuyu göz ardı ederken bu kitapta neden önem verilmesi gerekir denmektedir?

Biyolojik değerlendirmenin "ihmal" edildiği iddiasının altında yatan aslında tanısal prosedür gelişimindeki garip paradokstur. Klinik psikologlar, psikiyatristlerin gördüğü türde hastalarla çalışmaya eğilimlidirler. Psikiyatri ve tıbbi yaklaşımın güçlü olan yanı, psikiyatrik hastalıkların biyolojik kökenlerine inildiğinde elde edilen bilgiye dayanması ve bu bilgileri psikofarmakolojik tedavinin temelini oluşturmasıdır ki bu da ruh sağlığı profesyonelleri olan psikiyatristlerin asıl uzmanlık alanıdır. Örneğin, **seçici serotonin gerialımı engelleyicisi** ile gerçekleştirilen depresyon tedavisi, serotoninin depresyondaki hastalarda üretimi ve

işlemlenmesi üzerine yapılan araştırma bulgularının mantıklı sonucudur (Rausch, 1986); benzer olarak, bipolar rahatsızlığın lityum ile tedavi edilmesi hastalarda doğal olarak var olan lityum mineralinin üretiminin yetersiz olduğu ile ilgili araştırmaya dayanır (Geddes, Burges Hawton, Jamison ve Goodwin, 2004). Dikkate alınması gereken bir nokta da, *DSM-IV-TR*'nin Eksen I'de (Amerikan Psikiyatri Derneği,2000; bkz. bölüm 5'teki tanımlamalara) yer alan psikiyatrik rahatsızlıkların duygusal sıkıntı ile tanımlanıyor olması ve buna eşlik eden "acı çekme" hastayı terapiye getirmesidir. Dahası, duygular ile ilgili temel literatür birbiriyle etkileşim içinde olan bilişsel, duygusal ve biyolojik bileşenlerin oluşturduğu yaşantıyı duygu olarak tanımlar (Schachter ve Singer, 1962). Peki neden bunların hepsinden bahsediyoruz? Bu uzun giriş bizi nereye götürüyor?

Tüm bu noktaları değerlendirerek şu çarpıcı gözleme ulaşıyoruz "psikiyatrik rahatsızlığın rutin teşhisinde hiçbir biyolojik test, tek başına teşhisi saptamak ya da rahatsızlıktaki değişimi takip etmek için kullanılmıyor." Psikiyatrik teşhisler hastanın kendi beyanına dayalı raporlar üzerine, başkalarının davranış gözlemleri (hatalı ya da işlevsiz) üzerine ve tabii ki bu hastalar ile iletişime geçen akıl hastalığı profesyonellerinin gözlemleri üzerine kurulur. Biyoloji temelli bir eğitim olan psikiyatrların biyolojik ölçümlemeyi kullanmazken, aynı hastalarla çalışan klinik psikologların da aynı şekilde davranmaları şaşırtıcı değildir. Ayrıca çoğu klinik psikolog biyolojik ölçümlemeyi çalışmaları için çok önemli bir araç olarak görmezler. Ancak, bu kitapta, biyolojik ölçümlemenin görmezden gelinmesinin klinik psikoloğun hem araştırmalarında hem de günlük uygulamalarında yardımcı olabilecek ilginç bilgileri dışlamasına yol açabileceği üzerinde güçlü bir biçimde duracağız.

Bu konunun tamamıyla anlaşılabilmesi için bazı temel fizyolojik prensiplerin kısaca gözden geçirilmesi gerekir ki neyin ölçümlenebileceği ve neden biyolojik değerlendirmenin önemli olduğu anlaşılsın. Belli sağlık sorunlarına ait hangi özelliklerin biyolojik ölçümler kullanılarak sonuca varmayı sağladığı gösterilecektir. Daha sonra, psikolojik parametrelerin nasıl ölçümlenebileceği ve uygun araçların seçimi ile ölçümleme protokolleri tanımlanacaktır. Bahsedilen biyolojik ölçümlemelerin uygulanabileceği özel klinik durumlar ayrıntılı bir şekilde tanımlanacak ve çeşitli amaçlar için gerekli olan araçların güvenirlik ve geçerliği gösterilecektir.

Fizyolojik Sistemler

Eksiksiz bir fizyoloji ders kitabını tekrar etmek bu bölümün amacı değildir. Buradaki odak noktası klinik psikologların ilgilendiği duygular, düşünceler ve davranışlarla ilgili fizyolojik fonksiyonlardır. Bunlar şu *olumsuz duyguları* içerir: öfke, depresyon, kaygı/korku. *Bilişsel seviyede*, psikopatolojinin yaygın özellikleri obsesyon; değerlendirmede zayıflama ve odaklanamama, sonuçları öngörememe ve karar verememedir. *Davranışsal seviyede*, problemlerin işareti olan aşırı uyuşukluk (letarji) ve hiperaktivitedeki hareketliğin derecesi çok önemlidir. Dolayısıyla klinik psikologlar beyin aktivitesi, merkezi sinir sistemi aktivitesi, endokrin fonksiyonları ve istemli kas kontrolü ile ilgilenirler.

Bu bölümde bir psikoloğun muayenehanesinde ya da araştırma laboratuvarında rutin olarak kullanılan ve idrar, tükürük veya kan tahlili gerektirmeyen ölçümleri değerlendireceğiz. Numunelerin biyokimya laboratuvarlarına gönderilmesi ve test sonuçları için

TABLO 9.3 Fizyolojik Ölçümlerin Sınıflandırılması

ELEKTRİKSEL ÖLÇÜMLER	KISALTMALAR	İŞLEVLER
Elektroensefalografi	EEG	Beyindeki elektrik aktivitesini ölçer: uyku evreleri için mükemmel bir belirleyicidir, dikkat ve duygu durumları için de kullanılır.
Elektromiyografi	EMG	Kastaki gerilimi ölçer; istemli kas gevşemesi, öfke ve stres durumlarında kullanılır.
Elektrokardiyografi	EKG	Kanın dolaşım aktivitesini ölçer; psikofizyoloji alanında kalp atışının etkisini veriden ayıklamak amacıyla ölçülür.
Elektrodermal Aktivite (Galvanik Deri Tepkisi)	EDA(GSR)	Sempatik sinir sisteminin (Çevresel sinir sistemi) aktivitesini ölçmek için hızlı ve mükemmel bir tepki ölçme aracıdır.
Basınç/hacim/ısı/sıklık		
Kan basıncı (Tansiyon)	Sistolik kan basıncı (SBP) ve Diastolik kan basıncı (DSP)	Kardiyak dolaşıma bağlı olarak damarlarda bulunan en yüksek (SBP) ve en düşük (DBP) basınca işaret eder; Motor efor, duygusal sıkıntı ve bilişsel efora orta derecede bir hızla yanıt verir.
Kalp Atımı hızı	HR	Motor hareketlilikten olduğu kadar öfke ve anksiyete/kaygıdan da büyük ölçüde etkilenir
Kalp Atım hızındaki değişkenlik	HRV	Ağrı ve stresle değişir
Solunum sayısı	RR	Yeterli bir motor çaba ve anksiyete ile artar
Solunum hacmi	Yaygın olarak kullanılan bir kısaltma yok	Oksijen alımını yansıtır; anksiyete sırasında azalır
Aktigrafi	Yaygın olarak kullanılan bir kısaltma yok	Motor aktiviteyi ve harcanan enerjiyi ölçer

birkaç gün beklemeyi gerektiren ölçümler, rutin klinik psikoloji uygulaması için çok da uygun değildir. Bu nedenle, buradaki tartışma doğasında elektriksel ölçümler barındıran ve fiziksel basınç veya bedensel hareket değişimleri ve sıklığını ölçen ölçüm araçları ile sınırlandırılmıştır. Tablo 9.3 bu sınıflandırmalara uyan ölçümleri özetler. İsimler ve kısaltmalar

(bölümün devamında kullanılacaktır) aynı zamanda ölçülmekte olan işlevler de listelenmiştir.

Bu ölçümlerle elde edilen bilgiyi kullanırken iki tür kullanımı birbirinden ayırmak gerekir:

1. Birinci sınıflama ve ya birinci tip kullanım, *aktivasyonun ve ketlemenin genel seviyelerini* işaret eder ve belli psikiyatrik teşhislere özgü toplanan verilerle çıkarsama yapmayı gerektirir. Örneğin, biliyoruz ki insanlar öfkeli olduklarında tansiyonları ve kalp atış hızları artar, nefes alıp verişleri çoğunlukla hızlanır, kasları gerilir ve kan basıncındaki artış kan damarlarının daralmasından fazlaca etkilenir ve buna vazokonstruksiyon denir. Bunun dışında kaygı, psikolojik hareketlenme ile ilişkilendirilen duygusal bir olmasına karşın kardiyak etkinlikteki artışa dayalı sempatik sinir uyarılması açısından farklıdır ve kan damarlarının çap değişimi ile daha az alakalıdır (Watkins, Grossman, Krishnan ve Sherwood, 1998). Son 24 saatteki kalp atış hızı örüntülerine bakılarak depresyonda olan ve depresyonda olmayan kişiler birbirinden ayrılabilir. Depresyonda olmayan kişi yatağa girerken kalp atış hızında hızlı bir düşüş göstermeye eğilimlidir, uyurken kalp atım hızı sabit ve düşük kalır ve uyanırken hızlıca yükselir. Bunun yanında depresyondaki kişi belirgin bir şekilde fazlaca değişkenlik gösterir (Gaetz ve arkadaşları, 2004; Iverson ve arkadaşları, 2005). Eğer birisi kaygı durumundaki psikolojik değişimleri ölçmek isterse tavsiye edilen ölçümler kalp atış hızı ve elektrodermal aktivite (kaygının yükselen sempatik sinir uyarılması ile karakterize edildiği varsayılarak) olur. Klinik psikologların farkında olmaları gereken bir gerçekse bu fizyolojik fonksiyonların; kalp atışı hızının kaygı dışında birden fazla kökeni olabileceğidir. Öncelikli olarak kalp atış hızı motor taleplere tepki verir ve efor düzeyini yansıtır. Bir insan kaygılı olduğunda nabız sayısı dakikada 60'tan 100'e yükselebilir ama aynı kişi çok ağır alışveriş poşetlerini 4 kat yukarı taşıdığı zaman (mutlu bir şekilde ıslık çalarak) da nabız hızı 40 puan yükselebilir. Bu örnek fizyolojik girdiler aktivasyon ya da ketleme olarak yorumlanırken psikologların alternatif açıklamaları da göz önünde bulundurmalarının gerekliliğini göstermek açısından verilmiştir. Eğer olayın bağlamı bilinirse mantıksal olarak iyi kontrol ve çıkarım yapmak kolaydır. Köpek fobisi olan bir hastayla çalışan bir psikolog, hastayı monitöre bağlayıp, hasta dinlenirken nabzını 70 olarak ölçüyor. Daha sonra yardımcısı tarafından muayenehaneye getirilen bir köpek (zararsız olduğunu umalım) hastanın kalp atış hızını hasta hareket etmeden120'ye çıkarıyorsa, köpeğin ortaya çıkması bir korku uyaranı olarak açıkça nabız hızını değiştirmiştir diyebiliriz.

2. Biyolojik ölçümlemenin ikinci kullanım sınıflaması ya da tipi daha kolay yorumlanabilir. Burada çok özgül biyolojik fonksiyonlar ölçülür, çünkü çok belirgindir ve ortaya çıkan soruna özeldir ya da kendileri ortaya çıkan sorundur (yüksek tansiyon gibi). Tablo 9.4 'da hastane ortamında çalışan bir psikoloğun karşılaşabileceği çeşitli klinik sorunlar listelenmiş ve bu fonksiyon bozukluklarının belirlenmesi için gerekli biyolojik ölçümleme türleri önerilmiştir.

Bu duruma en iyi bir örnek, güçlü bir fizyolojik temeli olduğu kadar stresten de büyük ölçüde etkilenen hipertansiyon ya da yüksek kan basıncı problemidir (Linden, 2006).

TABLE 9.4 Clinical Problems and Suitable Measures

KLİNİK PROBLEM	UYGUN ÖLÇME YÖNTEMİ
Artrit	Parmaktan ateş ölçümü, elektromiyogram
Astım	Hava yolu direnci ve frontal elektromiyogram
Bruksizm (Diş gıcırdatma)	Frontal, (masseter/çiğneme kası) çene kası ve temporal elektromiyogram
Kardiyak Aritmi	Solunum aktivitesi, kalp atım değişiklikleri
Üriner inkontinans (idrar tutamama)	Mesane kası elektromiyogramı
Hiperaktivite	EEG
Hipertansiyon	Tansiyon, nabız, solunum aktivitesi ve parmaktan ateş ölçümü
Migren	Frontal elektromiyogram ve parmaktan ateş ölçümü
Reyno Hastalığı	Parmaktan ateş ölçümü

Psikologlar yüksek tansiyon hastaların tedavilerine katılabilir. Rahatlama teknikleri ve biyo-geri bildirimi kullanan bir tedavi programı (Yucha ve arkadaşları, 2001) kan basıncı seviyesinde büyük oranda bir düşüşe yol açtığında, herhangi bir başka çıkarsamaya gerek yoktur. Tansiyon düşürülmüş ve düşük kalmaya da devam ediyorsa tedavi başarılı sayılabilir ve tansiyona bağlı kardiyovasküler hastalık riski de azaltılmış olur (Linden, 2006).

Başka bir örneği ele alacak olursak, mesane fonksiyon bozukluğu olan ve bu nedenle bu bölgedeki kasları gevşeyip kasılan bir hasta, stres inkontinans (idrar kaçırma) belirtileri göstermektedir. Bu durum pelvik taban kaslarının olduğu bölgeye elektrot uygulanarak ölçülebilir (Bernstein, Philips, Linden ve Fenster, 1991). Kaslarını kontrol etmesi ve işlevlerinin geri kazandırılması hastaya EMG ve biyo-geri bildirim ile öğretilebilir (Burgio ve arkadaşları, 1998). Bu etkileşimli fonksiyon geri kazanıldığında ve kas hareketleri monitörlerinde ortaya çıktığında stres inkontinans probleminin çözümlendiği terapist tarafından anlaşılır. Bunun dışında bir ölçümlemeye ya da çıkarsamaya gerek yoktur.

Fizyolojik Aktivitenin Ölçümlenmesi

Psikologlar ve diğer araştırmacılar fizyolojik fonksiyonları gözlemlemeye başladığında, bu son derece pahalı ekipmanların dahil olduğu, fazlaca eğitim ve zaman gerektiren bir uygulamaydı. Geçmişte bu uygulamanın standart aracı poligrafti (yalan makinesi) ve bu makinenin sürekli bakımının yapılması, kalemlerinin mürekkepli tutulması ve makinaya kâğıt konulması gerektiği için hantaldı. Bundan sonra bir de verinin çıkartılması ve elle kağıda dökülmesi gerekirdi.

Poligraf kullanmanın karmaşıklığı yüzünden birçok psikoloğun biyolojik ölçümleri göz ardı etmesi şüphe götürmez bir gerçekti. Ancak, 1980'lerden itibaren, sinyal alımı ve işlemi yapan donanım ve programlardaki inanılmaz gelişim, bu tarz ekipmanların kullanımını son derece kolaylaştırdı. Günümüzde veriler, son derece kolay bir şekilde dijital ortama aktarılabilmekte ve bilgisayar ekranında

gösterilebilecek ve bilgisayarda depolanabilecek haldedir. 1980'lerde fiyatları 20.000 ile 30.000 dolar arasında değişen makinelerden elde edilebilecek bilgiler şu anda bu fiyatların çok altında olan makinelerden elde ediliyor. Ayrıca bu makinelerin kullanımı da çok kolay. Kalp atımı veya kan basıncı ölçen cihazın adamakıllı kullanımı bir araştırma asistanına ya da yüksek lisans öğrencisine yarım saatten kısa bir sürede gösterilebiliyor. Buna rağmen, biyolojik ölçümlemenin kullanımı, altta yatan fizyoloji bilgisiyle beraber çok faktörlü kişilik envanterlerinin kullanımını da içeren ve kaliteli bir ön eğitimi gerektiriyor.

Ekipman satın alırken, deneyimlerimiz ekipman kullanıcılarının aşağıdaki özellikleri olan ekipmanları kullanmaları gerektiğini gösteriyor:

1. Cihaz analog sinyalleri (farklı tonlarda ses, çıkan ve inen renkli barlar ve dalgalar gibi) gösterebilme kapasitesine sahip olmalı, çünkü genellikle hastalarla çalışmanın en kolay yolu budur. Ek olarak, cihaz bilgiyi dijital sinyallere çevirebilmeli ve bunu depolayabilmelidir, çünkü bunlar daha sonra analiz için kullanılabilir ya da hastanın dosyasına eklenebilir. Bunun dışında, çoğu fizyolojik fonksiyonlar, dijital olarak kolayca anlaşılabilir. Buna iyi örnekler ise, kalp atım hızı (dakikadaki atış sayısı) ve nefes alıp verme hızı (dakikadaki nefes alış ve veriş sayısı) olarak tanımlanabilir. Bu fonksiyonlar çok az açıklama gerektirir. Bunun dışında, kas gerginliği, renkli barların boyutu gerginlik değiştiğinde yükselir veya alçalırsa çok daha kolay anlaşılır. Buradaki anahtar nokta farklı gösterim biçimleridir, çünkü farklı hastalar farklı gösterim biçimlerini tercih edebilir.

2. Çok kanallı kayıt yapabilen bir ekipman satın almak tipik bir kullanıcı, tek seferde bir ya da iki kanallı kayıt yapma ihtiyacında olsa dahi iyi bir fikirdir. Buradaki neden maliyeti sınırlamaktır. Temel veri toplama ve işleme donanımı birçok farklı fonksiyon için aynıdır ve aynı anda altı veya sekiz fonksiyonu işleyebilen bir cihazın fiyatı tek fonksiyonu işleyebilen cihazın fiyatından biraz daha fazladır. Elbette, her fonksiyon için çalışan güç çeviricisinin ayrı bir maliyeti olacaktır. Acı, kas hasarı, kardiyovasküler problemleri veya genel stres problemleri gibi psikolojik rahatsızlıklar üzerine çalışan bir klinik psikolog şunları ölçebilen bir cihaz almak isteyebilir; a) kas gerginliği, b) elektrodermal aktivite, c) kan basıncı, d) kalp atış hızı, e) nefes alış, veriş hızı, f) nefes derinliği. Kalp atım hızını ölçen herhangi bir cihaz, temel olarak kalp atım hızı değişikliğini ölçme potansiyeline de sahiptir ki kardiyak, hipertansiyon, astım ve acı uygulamalarının odak noktası budur.

3. Değerlendirilebilecek başka bir özellik ise kullanıcı tarafından düzenlenebilen sinyal ortalamasıdır. Örneğin, eğer bir klinik psikolog fobisi olan bir hastasının kalp atış hızını gözlemlemek istiyorsa, cihaz her 10 veya 20 saniyede değişiklikleri göstermelidir; ne daha sık ne daha az. Eğer cihaz çok sık gösterim yaparsa, kullanıcının kafası karışır ve rastgele bir değişken olduğu halde bu gözlemlerden anlam çıkarmaya çalışır. Eğer cihaz 2 dakika aralıklarla gösterim yaparsa, bu sefer de kullanıcı bu süre zarfında psikolojik açıdan önem arz eden kısa ve hızlı kalp atışı değişikliklerini kaçırır. Akıllıca bir ortalama sinyal süresi belirlemek isteyen kullanıcı, çevresel değişikliklerin ne kadar sürede psikolojik etkileri olduğunu ve bunların ne zaman ekrana yansıyacağını bilmelidir.

Örneğin, elektrodermal aktivite saniyeler içinde değişebilir, bunun yanında, diastolik kan basıncı (kan basıncı ölçümünde verilen ikinci sayı) değişmeden önce bir ya da iki dakika geçmesi gerekir.

Güvenirlik ve Geçerlik

Güvenirlik açısından birçok soru, biyolojik değerlendirme araçlarının üreticiler tarafından dikkatlice geliştirilmiş, test edilmiş ve Birleşik Devletler Federal İlaç İdaresi tarafından ya da başka ülkelerde başka kurumlar tarafından onaylanmış olmasından dolayı çözümlenir ve problem teşkil etmez. Eğer bu araçlar güvenir bulunmasaydı, çabucak pazardan silinir ve ya daha iyisini yapan firmalara karşı rekabeti kaybederdi. Ek olarak, bir aracın güvenirliği gerçek değerlendirme yapılırken alınan bir takım önlemlerle ve bunları standartlaştırarak artırılır, bir kişilik testi yaparken ölçümlerin birbiriyle ilişkili parçaları yapılandırmasında olduğu gibi. Test-tekrar test güvenirliği birçok fizyolojik fonksiyonda çok yüksektir ve çoğunlukla r=.80'i geçer. Geçerlik açısından bakacak olursak, güvenirlik açısından geçerli olan aynı şeyler burada da geçerlidir. İş kas gerginliği ya da kalp atış hızı ölçüldüğünde, ortada soru işareti kalmaz çünkü bütün onaylanmış araçlar ölçmesi gereken şeyi ölçer. Elbette, her zaman için yanlış yerleştirilmiş bir alıcı, yanlış hazırlanmış bir alan veya yetersiz eğitime sahip olan bir kullanıcının hatasından kaynaklanan bir risk vardır.

Sempatik sinir uyarılmasında kullanılan elektrodermal aktivitedeki gibi fizyolojik fonksiyonların geçerliğini hesaplarken biraz çıkarsama yapmak gereklidir ve yükselen kaygının bir göstergesi olarak sempatik sinir uyarılması ölçümlenir. Herhangi biri elektrodermal aktivitedeki her değişimin kaygıdaki değişikliğin bir göstergesi olduğunu söyleyebilir mi? Hayır, söyleyemez, çünkü burada oda sıcaklığındaki değişiklik, nem seviyesi veya terapistin bilmediği ve hastanın daha önceden sahip olduğu özellikler gibi farklı etkenler de vardır. Bunun dışında, kontrollü bir ortamda elektrodermal aktivitedeki değişikliğin, kaygıya etki ettiğinin geçerliği üzerine güçlü kanıtlar vardır (Keller, Hicks ve Miller, 2000).

Uygulamalar

Tablo 9.4'teki potansiyel ölçümlerin ve terapi uygulamalarının listesi klinik psikologların çalışabileceği geniş bir çerçevedeki sorunları içerir. Bu uygulamaların birçoğu psikopatolojiyi DSM-IV'teki doğrudan sınıflamalar gibi yansıtmaz, ama bunlar çoğunlukla tanımlanabilir psikiyatrik hastalıkların semptomlarıdır. Özellikle Eksen I rahatsızlıklarına sahip olan hastalar, çoğunlukla uyku sorunlarından şikâyetçidirler. Ayrıca, rahatsızlık veren etki, hastalar tarafından çoğunlukla kaygı ya da depresyon olarak adlandırılmaz ve bazıları sorunu "stres" olarak tanımlar. Bedenin strese tepkisi otonom sistemini etkinleştirir ve strese dayalı endokrin fonksiyonlar

ölçülebilir (ancak bunların çoğu invazif ve klinik uygulamalardan ziyade araştırmalara uygundur). Sağlık psikolojisi ve psikosomatik tıp alanında biyolojik endekslerle ölçülebilen stres durumlarını gösteren geniş bir literatür vardır.

Büyük hastaneler ve kliniklerde var olan geniş bir hasta örneklemi kronik ağrı problemleri yaşamakta ve bu hasta örneklemi sıkça aktigraflarla test edilebilen uyku problemleri beyan etmektedir (Wilson, Watson, Curie, 1998). Kas ağrısı EMG aktivitesi ile endekslenebilir. Post-travmatik stres bozukluğu olan bireyler, sıkça uyku sorunları ve yükselmiş uyarılma seviyelerinden bahsederler, bunlar aynı zamanda biyolojik olarak da belgelendirilebilir. Fobilere eşlik eden sempatik sinir sistemi aktivasyonu da ölçülebilir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklar ve yetişkinlerin durumu normalden farklı beyin dalgası aktivitesine sahip olmalarıyla ilişkilendirilir ki bu da bu hastalar için EEG temelli biyo-geri bildirim protokollerinin geliştirilmesine yol açmıştır (Thompson ve Thompson, 2005). Sonuçta, klinik psikologlar için fazlaca biyolojik değerlendirmenin tamamlayıcı bir değerlendirme aracı olarak yardımcı olacağı uygulama alanı vardır ve bu değerlendirmenin diğer kitaplarda bundan fazla bahsedilmemesi şaşırtıcıdır.

Fizyolojik değerlendirmenin bir diğer avantajı ise minimal düzeyde reaktif olması ve hastaların fizyolojik tepkilerini yanıltma amacıyla değiştirmesinin zor olmasıdır. Aşağıda bu noktayı destekleyecek ilginç bir klinik vaka örneği görebilirsiniz;

> Susan Y, bir kolunda kronik ağrı şikayeti olan 40 yaşında bir kadındır ve İşçi Tazminat Kurulu için çalışamaz raporu almak istemektedir. Kliniğimizde onu gördüğümüzde ödemesini 2 yıldan beri alamadığı için o çok kızgındı. Haylice kabarık olan tıbbi geçmişi herhangi bir şekilde bu ağrı için bir delil sunmuyordu; ancak ağrı raporu oldukça tutarlı ve istikrarlı olduğu için ona inanıyorduk. Ona, şartlar elverdiği oranda, ağrısını ve alakalı bozukluğunu test etmek için biyolojik bir uygulama yapmaya karar verdik. Bayan Y, daha önce bu test ona uygulanmadığı için bizim daha önceden ne yapacağımızı tahmin edemezdi. Yapılandırılmış bir protokolü olan EMG uygulayarak iki koluna da hareketsiz kas gerginliğini ölçmesi için elektrotlar yerleştirdik, başta iki kolun kasları arasında, kanallar değiştirilmesine rağmen, herhangi bir fark yoktu. Sonra, kas kullanımını test etmek için ona bir kavanoz turşu verdik ve onu 10 saniye boyunca sıkıca tutmasını ve daha sonra masaya koymasını istedik. Bu aktivasyon testinde görüldü ki, sağlıklı kolu aynen beklediğimiz tepkiyi verdi, önce EMG'de hızlı bir çıkış ve kavanozu tuttuğu sürece sabit bir EMG, kavanozu bıraktığında ise kası gevşedi. Kronik ağrı ve zayıflığı olan kolda ise aynı aktiviteyi gerçekleştirmesine karşın hiçbir kas tepkisi alınamadı. Davanın sonucunu öğrenememize rağmen, Bayan Y'nin sonunda inandırıldığının aksine iki kolunun çalışması arasında fark olduğunu öğrenmesi rahatlatıcıydı.

Bu küçük detektiflik çalışması son derece keyifliydi.

Psikolojik değerlendirmenin başka bir yenilikçi ve bilgilendirici yolu ise yüksek tansiyon tedavisinde kullanılan kişisel stres ve stres yönetiminin tanımlanmasında uygulanır. Bu yöntem, kişiselleştirilmiş hipertansiyon tedavisi olarak da bilinir (HIT, Linden, 2006),

ve değerlendirme görüşmesinde sürekli olarak monitörden gözlenen ve kayıt altına alınan hastalara uygulanır. Uygulayıcının birbirinden farklı kaynaklara, kişinin kendine ait sözlü raporu ve biyolojik aktivitesi, eşit derecede ulaşılması yapılandırılmış ve aynı zamanda hasta merkezli olması terapide en çok ümit vaat eden hastalara ulaşılmasını ve hasta ile terapist arasında güçlü bir bağ oluşmasını sağlar.

SONUÇ

Hem davranışsal hem de biyolojik değerlendirmeler, bölüm 7'de tartışılan görüşme yöntemlerinden ve anketlerinden oldukça farklıdır. Dışardan bakan kimselerin psikolojik test işlemleri ile ilgili sahip olduğu önyargılar bunlara daha az uyar ki bu anlamda Rorschach Mürekkep Testi belki de psikolojik testlerin en merak uyandırıcı ve prototipe en uygun olanıdır. Davranışsal ve biyolojik değerlendirmeler, birebir görüşmelerden ve anketlerden daha az kullanılır, ayrıca bu yöntemler ek eğitimler ve pahalı uygulama yöntemleri ve duruma özel yöntemler ve değerlendirme sistemleri gerektirir. Bu değerlendirmeler, gerçekte davranışsal ve biyolojik yöntemlere karşı tez sunuyor olarak gözükebilir; ancak iki yaklaşımda da hem klinik psikologlara hem de araştırmacılara tek seferlik bile olsa, kısa sürede araç geliştirmek için rahat bir ortam sağlar. Her iki yöntem de ön yargısız olarak verinin toplanmasına izin verir, bu yüzden iki yönteme de kolayca güvenilebilir. Her iki yöntem de Bölüm 7'de bulunan değerlendirme yöntemlerini tamamlar ve bu iki yöntem de klinik psikoloğun araçları arasında bulunması gereken önemli ölçüm araçlarıdır.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Değerlendirme araçlarının kullanımı daha çok maliyete ve elverişliliğe dayalıdır. Klinik görüşmeler ve kişinin kendi doldurduğu anketler yaygın bir şekilde kullanılan popüler araçlardır ve onların değiştirilme tehlikesi yoktur. Ancak, klinik psikoloji öğrencilerine, uygulayıcılarına davranışsal ve biyolojik değerlendirme araçlarını daha çok kullanmalarını tavsiye ediyoruz. Teknolojik ilerleme biyolojik ölçümleri daha da kullanıcı dostu kılıyor ve çoğunlukla dava konusu olmuş vakalarda biyolojik ölçümleme, objektif bir ölçümleme olarak neredeyse bir zorunluluk oluyor.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLI TERİMLER

Açık gözlem (Obtrusive)
Artrit (Arthritis)
Astım (Asthma)
Davranışsal Yaklaşma Kaçınma Testi (Behavioral-approach avoidance test)
Diş gıcırdatma (Bruxism)
Gizli gözlem (Unobtrusive)
Hiperaktivite (Hyperactivity)
Kardiyak aritmi (Cardiac arrhythmias)
Migren (Migraine)
Reaktif, tepkisel (Reactive)
Reyno hastalığı (Raynaud's disease)
Rol oynama (Role-play)
Seçici serotonin gerialım engelleyicisi (Selective serotonin reuptake inhibitör)
Üriner inkontinans/idrar tutamama (Urinary incontinence)
Yüksek tansiyon (Hypertension)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Davranışın değerlendirilmesi söz konusu olduğunda tarafsız gözlem ve etik konular arasındaki ortaya çıkması muhtemel olan çatışmanın nedeni nedir?
2. Davranışsal-Yaklaşma Kaçınma testine hangi geçerlik ölçümleri uygulanabilir?
3. Rol oynama testlerinin zayıf yönleri nelerdir?
4. Psikiyatrinin güçlü yönü psikopatolojinin biyolojik temeli ile ilgili eğitimi olduğuna göre, hangi biyolojik değerlendirme yöntemleri psikiyatrik hastalıkların tanılanmasında rutin olarak kullanılabilir?

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th ed., text revision) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.

Bernstein, A. M., Philips, H. C., Linden, W., & Fenster, H. (1991). A psychophysiological evaluation of female urethral syndrome: Evidence for a muscular abnormality. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 299–312.

Berntson, G. G., Bigger, J. T. Jr., Eckberg, D. L., Grossman, P., Kaufmann, P. G., Malik, M., et al. (1997). Heart rate variability: Origins, methods, and interpretive caveats. *Psychophysiology, 34*, 623–648.

Burgio, K. L., Locher, J. L., Goode, P. S., Hardin, J. M., McDowell, B. J., Dombrowski, M., & Candib, D. (1998). Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: A randomized controlled trial. *JAMA, 280*, 1995–2000.

Gaetz, M., Iverson, G. L., Rzempoluck, E. J., Remick, R., McLean, P. D., & Linden, W. 2004). Self-organizing neural network analyses of cardiac data in depression. *Neuropsychobiology, 49*, 30–37.

Geddes, J. R., Burgess, S., Hawton, K., Jamison, K., & Goodwin, G. M. (2004). Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry, 161*, 217–222.

Iverson, G. L., Gaetz, M. B., Rzempoluck, E. J., Mclean, P., Linden, W., & Remick, R. (2005). A new potential marker for abnormal cardiac physiology in depression. *Journal of Behavioral Medicine, 13*, 1–5.

Keller, J., Hicks, B. D., & Miller, G. A. (2005). Psychophysiology in the study of psychopathology. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Linden, W. (2006). Treating hypertension. In: A. Kuczmierczyk & A. Nicevic (Eds.), *A case formulation approach to behavioral medicine*. London, England: Routledge & Brunner.

Rausch, J. L. (1986). The neuropsychopharmacology of serotonin function in psychiatric illness. In L. L. Judd & P. M. Groves (Eds.), *Psychobiological foundations of clinical psychiatry* Vol. 4.). New York: Basic Books.

Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review, 69,* 379–399.

Thompson, L., & Thompson, M. (2005). Neurofeedback intervention for adults with ADHD. *Journal of Adult Development, 12,* 123–130.

Watkins, L. L., Grossman, P., Krishnan, R., & Sherwood, A. (1998). Anxiety and vagal control of heart rate. *Psychosomatic Medicine, 60,* 498–502.

Wilson, K. G., Watson, S. T., & Currie, S. R. (1998). Daily diary and ambulatory activity monitoring of sleep in patients with insomnia associated with chronic musculoskeletal pain. *Pain, 75,* 75–84.

Yucha, C. B., Clark, L., Smith, M., Uris, P., LaFleur, B., & Duval, S. (2001). The effect of biofeedback in hypertension. *Applied Nursing Research (ANR), 14,* 29–35.

10. BÖLÜM

PSİKOTERAPİ SÜRECİ*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Psikoterapi konusunda son derece gizemli bir şey vardır. Danışanlar gizlilik istedikleri ve bu hakka sahip oldukları için terapi seanslarında olan şeyler herkesin denetimine açık değildir. Terapi süreci, hâlihazırda bitmiş olduğu için seansların süreçlerini psikoterapinin başardıkları, başaramadıkları ve yapısal özelliklerini tanımlamak oldukça zordur. Bu durum, psikoterapistler tarafından uygulanan terapi tekniklerinin ve metotlarının ayrıntılı tanımlarının içlerine alelacele atlayarak, psikoterapinin ne olduğu hakkında bilgi edinmek isteğini çekici kılar. Öte yandan bu girişim, başlangıç seviyesindeki psikoterapi öğrencilerinin karmaşık terapi süreçlerini ve pratisyen ve danışan arasındaki duygusal yakınlaşmayı tamamıyla anlayabilmesine olanak vermeyebilir. Daha kapsamlı bir öğrenme şekline ihtiyaç vardır. Örneğin mobilya üretim sürecine bakalım: Mobilya yapımında kullanılan çeşitli aletlerin görevlerini ve kullanılışlarını öğrenmek, değişik odun tiplerinin nasıl işleneceğinin bilgisini kazanmak, yapışkanları ve daha birçok şeyi öğrenmek gerekir. Bu düşünce sırasını klinik psikolojiye uyarlayarak bu bölümde aşağıdaki konuları ele alacağız:

- Psikoterapistin özelliklerinin neler olduğu önemli midir?
- Bazı danışanlar diğerlerine göre terapiye daha iyi cevap verir mi?
- "En iyi" terapistin yetişmesi için hangi sürede ne tür bir eğitim yapılması gereklidir?
- Terapinin sonuçlarını görmek için ne kadarlık bir sürenin geçmesi gerekir?
- Psikoterapi bir sanat mıdır yoksa sadece iyi bir eğitim ve deneyim midir?
- Hemen hemen tüm terapi türlerinde karşımıza çıkan konular ve oluşan tipik problemler nelerdir?
- Farklı gibi görünen terapi türleri hangi bakımlardan benzerlik gösterir?

* Çeviren: Uzm. Klinik Psikolog Murat ARTIRAN

PSİKOTERAPİNİN TANIMI

Terapi, bir tekniğin uygulanmasından çok daha fazlasıdır. İki insan arasında yakın ilişkinin sağlandığı, kişiler arası ilişkinin kademelerinin kapsandığı ve yeni davranışların denendiği ve (umulur ki) öğrenilenlerle ilgili uygulama girişimlerinin olduğu bir süreçtir. Psikoterapinin tanımı ile ilgili; internette ve psikoloji okul kitaplarında yapılan kısa bir tarama aşağıdaki belirtildiği gibi bir dizi tanımlamaları işaret eder:

Psikoterapi şudur...

> ...eğitilmiş ve nesnel bir profesyonel tarafından uygulanan, psikolojik, davranışsal ve duygusal problemleri tedavi etmenin sanatı ve bilimidir (Cullari, 1998).
>
> ... zihinsel ve duygusal bozuklukları, iletişimin çatışmalarını ve problemlerin içyüzünü konuşmayı, rahatsızlık belirtilerinden kurtarma hedefiyle sosyal ve çalışma hayatının fonksiyonlarını geliştirmeyi sağlayan davranışsal değişiklikleri, kişilik gelişimini cesaretlendirmek üzere tasarlanmış psikolojik teknikler kullanılarak yapılan tedavidir (from Answers.com, Health, 2007).
>
> ...Psikoterapi, sonuçlarının önceden kestirilemediği tam ve açık olarak belirli olmayan problemlere uygulanan tanımlanmamış bir tekniktir. Bu tekniği öğrenmek için çok titiz bir eğitim alınması tavsiye edilir (Raimy, 1950).
>
> ...gerçek dünya değildir. Arkadaşlık olmadan yakınlaşmadır. Amacı dış dünyada başarılı olmak için gerekli becerileri kazandırmak; iç dünyada yaşanan başarısızlık için ilgi, destek, güvence sağlamaktır. Yaşadığını terapide tekrarlarsın ama onu gerçek hayatta yaşarsın. (Jack Muskat, psikolog, The Globe and Mail, Kasım 28, 1994)

Kim haklı? Hepsi mi? Hiçbiri mi? Bu tanımlamalar sert olandan teknik olana, kuru olandan şiirsel ve sempatik olana, iyimserden küçümseyici olana doğru çeşitlilik gösteriyor. Uzun olan (ikincisi) en ilgi çekici olanıdır çünkü çok kapsamlı ve psikoterapinin içeriğini ve sürecini bazı ayrıntılarıyla kucaklayan ve tanımlayandır. Muskat'ın tanımı psikoterapinin içsel niteliklerini zengin, ilgi çekici bir şekilde resmetmekte ve terapinin dinamiklerine dokunmaktadır. Ve, okuyucu bu kitabı okumaya devam ederken, küçümseyici tarzda yapılan tanımın (en son tanım) neden ciddiye alındığına değinilecek ve bu bize kendimizi tanımlayabilme ve bu tarz küçümseyici duruşlara karşı savunma yapabilme olanağı verecektir.

TERAPİNİN ORTAMI

İçerik bir tarafa, psikoterapinin, basmakalıp tarifinde, danışanın ve terapistin bir profesyonel ofiste bulunduğu, rahat koltuklar ve kanepenin olduğu, dış dünyadakilerin içerdekileri rahatsız etmemeleri konusunda yapılandırıldığı ve cep telefonu ve çağrı cihazının kapatıldığı belirgin bir formata sahiptir. Duvarda birçok diploma vardır ve danışan ile terapist birbirlerini haftada bir görürler, genellikle sabah 8 ile akşam 6 arasında, seans 50 ile 60 dakika arasında sürer.

Psikolojik terapinin görünen kısmı gerçekten bu mudur? Büyük oranda evet. Öte yandan, bu basmakalıp portrede birkaç düzeltme yapmaya ihtiyaç var.

Bazı terapistler, örneğin, akşam seansları yaparak danışanlarının programlarına uyum sağlarlar ya da ofislerini danışanları için Cumartesi günleri açarlar. Ve, elbette, birçok psikolog çalışma saatlerinin ve enstitü kurallarının belli olduğu kliniklerde ve hastanelerde çalışır. Bunun yanında 24 saat psikiyatri servisi veren birçok hastane olduğu gerçeğine karşın psikologlar genellikle normal çalışma saatleri dışında hizmet vermezler.

Her hafta bir seans olmasının, bir seansın 50-60 dakikalık olmasının sebebi nedir? Bu uygulamanın çok uzun geleneksel bir geçmişi olmasına karşın bu tip yapılandırılmış kurallar için bunların neden böyle olması gerektiği hakkında korkutucu derecede az kanıt vardır. Elbette psikoterapistler danışanın kendini rahat hissetmesini sağlayabilmek ve bazı önemli konulara geçmek için yeterli süreye ihtiyaç olduğunu iddia edeceklerdir. Bununla birlikte terapistler seanslar arasındaki zaman aralıklarını vermenin yararlı olduğuna değineceklerdir ki, böylece danışanlar yeni davranışları deneyebilsinler ya da en son seansta öğrendikleri şeyleri uygulayabilsinler. Diğer taraftan sinirli, somurtkan ve inatçı bir gençle çalışmış olan her terapist 30 dakikalık bir seansın bile katlanılamaz derecede uzun olduğunu (hem genç danışan, hem de psikolog için) ve travma geçiren yeni bir danışanın kriz durumunun ya da intiharı düşünen bir danışanın durumunun 50 dakikalık seans içinde tatminkar bir hâle getirilmesinin kolay olmadığını bilir. Bu tip kişilerle ilk seansın 2 saat uzaması olağandışı bir durum değildir, terapist, bir hafta yerine iki gün sonraya randevu vermeye kendini mecbur hissedebilir çünkü destek ve ilgi görmeden geçen koca bir hafta böyle kendisini kaybetmiş bir danışan için çok uzun olabilir.



Afrika'daki mülteci kampında verilen psikolojik destek ortamı terapi ortamı standart tanımına tam olarak uymamaktadır. Dr. Nicole Aube'ın (2010) izniyle yayınlanmıştır.

Peki, terapi odasındaki dekor nasıl olmalıdır? Duvarda illaki sanat eseri gibi çerçevelenmiş diplomalar mı olmalı? Rekabetin çok olduğu market ortamında klinik psikolojinin üzerinde devamlı var olan kendi pozisyonunu tanımlama ihtiyacı göz önüne alındığında, iki üç haftalık kursları bitirip insanlara yardım etmeye kalkanlardan daha çok verebileceğimiz şeyler olduğunu- anlamak zorunda olmayanların eleştirilerini -anlayabilmemiz gerekiyor. Ama yine de bu farklı eleştirinin ne olduğunu netleştirmek için eleştirinin nereden geldiğini anlamamız gerekiyor. Yıllar önce Wisenfeld ve Weis (1979) şaşırtıcı bir soru ortaya atarak barmenlerin, taksi şoförlerinin ve kuaförlerin,

- Böyle yaptıklarını iddia etmeseler de
- Duvarda yeterliliklerini gösteren belgeler olmasa da
- İçilen içecek, kesilen saç ya da sürülen kilometre dışında başka bir şey için para istemeseler de psikoterapi yapıp yapmadıkları sorusunu ortaya attılar

Bu üç meslek dalının her birinde çalışan kişilerin, insanlarla bir bakıma özel bir ilişki içine girildiği görülebilir. Danışan, bir şekilde özen gösterilmesi gerektiren kişidir, sıkıntıdan veya alkolden dolayı çenesi düşebilir ve rahat ve konforlu bir pozisyonda oturuyor olabilir. İkisi de birbirlerine bir süreliğine de olsa ilgi gösterirler. Eğer psikoterapinin tanımı stresin özel bir ortamda duygular hakkında konuşulması ile azaltılması etrafında dönüyorsa kuşkusuz bu üç meslek gerçekten de arabanın içinde güneşliğe tutturulmuş ya da barın duvarına asılmış diplomalar olmaksızın psikoterapi olarak değer kazanabilir. Bu ifade belki biraz uçuk gelmiş olabilir ancak psikoterapinin ne kadar zor bir tanımlaması olduğunu vurgular. İş, esas psikoterapi ile keyfi ve faydalı insan ilişkilerinin arasına bunların farklılıklarını ortaya koyan kurallar koymaya geldiğinde öncelikli olarak konacak farklılıklar şunlardır: (a) mesleki ehliyetin ve resmî eğitim seviyesinin kazanılması, (b) klinik psikoloğun psikolojik problemleri teşhis etmek üzere eğitilmesi ve teşhise göre ve danışanın yaşantısının durumlarına göre tedavi planını hazırlaması ve (c) terapist ve danışan arasındaki rol paylaşımına ve yapıya bağlı kalınmasının sağlanması.

EV ÖDEVLERİ

Birçok terapi türünde terapsitler, terapi seansları arasındaki zamanları, danışanlar için sorunların iç yüzünün anlaşılması ya da terapistin ofisinde öğrenilenlerin uygulamada gösterilebilmesi ve yeni becerilerin kazanılabilmesi için büyük bir fırsat olarak düşünürler. Kısa süreli psikodinamik tedaviler dahi ev ödevi gerektirebilir. Aralarda yapılan uygulamalar bir sonraki seanslarda irdelenerek gelecekte yapılacakları belirlemek için kullanılır. Bununla birlikte bir noktaya dikkat etmek gereklidir: Ev ödevi kelimesi danışanın bir çocukmuş gibi olacağını çağrıştırdığından bu terminolojiyi "yeni becerilerin kazanılması için fırsat" veya "uygulama zamanı" olarak kullanmak daha iyidir. Öğrenme teorileri ile bağıntılı olması ile davranışçı tedavilerde yeni becerilerin kazanılması için yapılan uygulamalar küçük düşürücü değildir, aynı öğretmenlerin ev ödevi verdiği gibi veya piyano öğretmeninin öğrencilerinden ders günleri arasında pratik yapmasını istemesi gibi bir şeydir.

Terapist utangaç bir danışanından yabancılarla birkaç kez basit ve önemsiz diyalog başlatmasını isteyebilir ya da sınıfta sesini çıkarmaktan çekinen bir çocuğa yarım düzine basit soruyu sınıfta yüksek sesle sormasını ve kendisini konuşma korkusu ile yüzleştirmesini talep edebilir. Ev ödevleri terapide konuşulanların öğrenilmesini hızlandırır: Ev ödevinin etkileri üzerine yapılan birçok araştırma belirgin bir şekilde ev ödevi uygulamasının etkililiğini ve bu uygulamanın yararını ortaya koymuştur. Bu konudaki hâlihazırda yapılmış olan araştırmalarla değerlendiren bir meta-analizde Kazantsiz, Deane ve Roman (2000) terapiye ek olarak verilen ev ödevlerinin ekstra gelişim göstermeyle bağlantılı olduğunu, ek olarak ev ödevlerinin tamamlanma derecesinin terapiden sonuç alınması ile yakın ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Ev ödevi uygulamasının terapinin ücretini artırmadığı ancak seyrini hızlandırdığı göz önüne alındığında ev ödevinin rutin olarak uygulanmasına karşı söylenecek bir şey yoktur.

◇ TERAPİNİN UZUNLUĞU

Tecrübeli bir tamirci arabanın egzozunu değiştirmenin 1 saat kadar işçilik gerektirdiğini ve vites mekanizmasının tamirinin 2 gün alacağını aşağı yukarı bir tahminle size söyleyebilir; ancak hiçbir klinik psikolog erkenden ve problemin "çözümü" için kaç seans gerektiği konusunda size kesin bir tahmin veremez. Yeni başlayanlar için "çözüm"ün anlamı çok özneldir ve birçok danışan söyledikleri bir problemden daha çoğuna sahiptirler, bazen bu problemlerin hepsi ilk seansta tanımlanmaz bile. Bunun yanında danışanların da değişime hazır olmak bakımından farklılıkları vardır. Terapinin doğal bitiş zamanını belirlemek çok zordur ve ilk görüşmede danışana kendisinin beklentilerini sormak yararlıdır (ör. terapide kararlaştırdığınız hedeflerinize ulaştığınızı nereden bileceğiz?).

Kişisel anlatılara dayalı kanıtlar gösteriyor ki birçok psikoterapi tedavisi hedeflere ulaşıldığına dair her iki tarafın anlaştığı ortak bir zamanda son bulmuyor, bunun yerine danışan şöyle der "Teşekkür ederim, artık kendimi daha iyi hissediyorum ve kendi başıma yola devam edebilirim" (bazen bu anlar terapiste bir kutu çikolatanın takdim edildiği zafer anlarıdır). Daha tipik olanı da danışanın hakikaten ilerlemiş olmasıdır ve bir an gelir ve terapist seansın birkaç gün öncesinde bir telefon alır, danışan şöyle demektedir, "Üzgünüm ama Salı günkü seansa gelemeyeceğim çünkü iş yerinde üzerimde çok fazla baskı var. Önümüzdeki hafta bu baskı biraz azaldığında sizi diğer seansın randevusu için arayabilir miyim?" Danışanın söz verdiği telefon hiç gelmeyebilir ya da danışan bir sonraki seansı da iptal edebilir. Terapist biraz daha açık bir cevap almak adına beklemez ve danışanı arayarak direkt olarak şu soruyu sorar: "Gerçekten bir sonraki seansı programlamamızın gerekli olduğunu düşünüyor musun ya da seanslarımıza son vermenin zamanının geldiğini düşünüyor musun?" Bu cevap vermek için çok mükemmel bir şanstır: "Sanırım haklısınız, tekrar görüşmemize gerek yok. Benim için yaptıklarınıza teşekkür ederim". Seansların, psikoloji ders kitaplarındaki birçok (başarılı) terapinin yavaş yavaş yok olurcasına geleneksel bitişlerinin aksine bu şekilde kaba bir şekilde son bulur. Böyle bir durum, güçlü egosu olan kendine güvenen bir terapistin terapinin başarılı bir şekilde bittiğini yorumlamasını gerekli kılar.

Öte yandan, bazı psikoterapistler seansların sonlanması konusunu önemli bulurlar ve bunu tedavinin başarı kriteri olarak görürler.

Bizim yüksek lisans öğrencimiz Vincent tecrübesizliğinden dolayı böyle sert bir sonu can sıkıcı bulabilir ve başarısızlığın bir işareti olarak yorumlayabilir. Vincent'ın bu düşünceleri tecrübeli bir süpervizörün bunun törepatik ilişkinin bitmesi adına oldukça normal tipik bir son olduğunu ve aslında iyi bir işaret olarak yorumlanması gerektiğine işaret etmesi ile son bulur. Ayrıca şu unutulmamalıdır ki terapinin amacı terapistin kendini iyi hissetmesi değil, aksine danışana yardım etmektir.

Hâlâ ne kadar terapi seansına ihtiyacımız olduğu sorusuna cevap vermedik. Klinik uygulamalarda (klinik araştırma uygulamalarının tersine) tedavinin uzunluğu çok değişkenlik gösterir; ancak terapilerin sonuçlarının araştırıldığı çalışmalar, sigorta şirketleri gibi tedavinin ödemelerini yapan üçüncü şahısların yaptığı danışanlarla çalışan klinikçiler üzerinde yapılanlardır. Buna göre ortalama seans sayısı beştir ve danışanların ancak yüzde 20'si bu beş seans içinde fark edilebilir bir gelişme göstermiştir (Hansen, Lambert ve Forman, 2002). Terapiyi kendi cebinden ödeyen danışanların, kendi giderlerini dengelemek için seansları en az sayıda tutabilme ihtiyaçları onların aklını ayrıca çeler. Kontrollü bir araştırmada yapılan geniş yelpazeli bir inceleme ortalama 12.7 seansın klinik açıdan danışanlardaki yüzde 58-67 anlamlı gelişmeye neden olduğunu işaret etmektedir (Hansen ark., 2002). Bu sonuç beş seansın nadiren yeterli olduğunu gösterir; öte yandan bize şunu da söyler: uzun yıllar terapide kalmaya gerek yoktur. Bu yüzden üçüncü şahısların ödeme yaptığı durumlarda kısa süreli tedaviden kaçınılması ve bunun yerine 10-20 saatlik uzunluktaki bir tedavi programının hedeflenmesi tavsiye edilir, böylece danışanın psikoloğun ofisine getirdiği karmaşık, uzun bir geçmişi olan problemler için zaman ayrılmış olunur.

◇ ÇOK DANIŞANLI TERAPİ

Şimdiye kadar terapi, iki insanın birbirleriyle etkileşiminden oluşan bir süreç olarak tanımlandı ve bu çoğu kez böyledir. Ancak bazen terapi, terapiye beraber gelen aileleri veya eşleri kapsar, bu özellikle aile terapilerinde böyledir. Bunun yanında çok danışanlı terapi metodu büyük olasılıkla terapistin oryantasyon sistemini kullandığı durumda kullanılır (11. Bölüm'de daha ayrıntılı bir şekilde tartışılacaktır) İyi bir terapistin sıklıkla olmasa da bazen bir aile üyesini seansa kattığı durumlar da vardır. Belki buna gerek vardır, örneğin, danışanla ilgilenen kimsenin uzun süreli problemler nedeniyle bunaldığı zamanlarda terapist bu kişiden de destek vermesini isteyebilir. Ya da davranışsalcı kilo verme programlarında olduğu gibi tedavinin, ailenin diğer üyelerinin tedaviye katıldığı ve onlara da benzer becerilerin öğretildiği ve aile olarak sağlıklı yemek yemek üzerine ortaklaşa çalışmaya "yemin" ettirildiği durumlarda çok daha etkili olduğu görülmüştür (LeBow ve Orchard, 1981). Bazen terapist böyle bir şeyi sadece danışanın kendi doğal ortamında nasıl davrandığını anlamak adına değişik bir bakış açısı yakalamak için yapar.

Bu noktada psikoterapistin, bilişsel-davranışsal ve kişiler arası terapiler gibi ki bu teknikler daha dar oryantasyonlardan çıkarılan teknikler olsalar dahi teorik oryantasyonların çok geniş bir yelpazesini bir sorunu kavramsallaştırmak için kullanabileceğinden bahsetmek yerinde olacaktır. İştahsızlık hastalığı olan bir danışana



Quebec, Canada'daki Hospice Michel Sarrazin'de grup terapi seansı. Fotoğrafçı: Henri Dupond.

yardım etmek için, terapi aslında danışanla tek başına çalışmayı kapsasa bile, bir süreliğine tüm aileyle görüşmek çok faydalı olacaktır. Arada sırada terapist belki ailenin bir üyesinin gizlice veya açıkça danışanın değişmesini sabote etmeye kalkıştığını hissedebilir. Bu durum özellikle, örneğin danışanın sigarayı bırakmak istemesi ancak eşinin sigara içmeye devam etmesi durumunda olası bir hâldir veya danışanın kötü yemek yeme alışkanlığını düzeltmek istemesi ancak diğer aile üyelerinin kendilerinin şişman olduğu gerçeği ile yüzleşmek istememeleri ve buna ek olarak kendilerinin de çok kötü yemek yeme alışkanlıklarının olması durumlarında olası bir hâldir. Sonuç olarak, terapistin teorik oryantasyonlarından, iyi eğitiminden ve sezgisinden oluşan bir kombinasyon, danışanı eşiyle ve/veya diğer aile üyeleri ile birlikte görmenin en uygun olduğu zamanı söyleyecektir. Öğrencilerimize her terapistin en azından çok danışanlı tedavi yöntemleri için bazı beceriler kazanması gerektiğini öğretiyoruz, çünkü bu yöntem başlangıçta ortaya konan problemin diğer eşin terapinin seyrinde terapiye katılmasını direkt olarak önermese bile, terapi sırasında ortaya çıkan insan ilişkileri problemlerini çözmede genellikle en iyi yoldur.

Buna ek olarak gruplar hâlinde psikoterapi yapılmasının hem teorik, hem de ekonomik nedenleri vardır. Psiko-eğitime ne kadar odaklanılırsa bu çeşit öğretim yolunun grup formatında yapılması da o kadar anlamlıdır. Ekonomik etkilerden bağımsız olması bir yana terapi grupları, danışanların birbirlerinden bir şeyler öğrenmeleri nedeniyle avantaja sahiptir. Bir grup üyesinden gelen eleştirel ve övgü yorumun ağırlığı terapistten gelen yorumdan daha fazla anlam taşır.

TERAPİ SÜRECİNİN ÖGELERİ

Psikoterapi, sadece bir tekniğe indirgenemez. Şu niteliklerin bir araya getirilmesi ile girişilen yapılandırmacı bir süreçten çıkan sonuç terapinin getirisinin doruğudur:

- Danışanların değişkenleri (sosyal ekonomik durum, kültür, cinsiyet, kişilik tipi, değişime hazır olmak)
- Terapistin nitelikleri (eğitim seviyesi, beceri, oryantasyon, deneyim)
- Tedavi tekniğinin veya teorik oryantasyonun en uygununun seçilmesi

Seçilen teknik, terapist ve danışanın etkileşimi ve aralarında geliştirdikleri ilişki tarzı ile birlikte terapi sürecini şekillendirir. Bu yüzden ilk olarak danışan ve terapistin karakter tiplerine ayrı ayrı bakmak ve sonra onların terapiyi en üst derecede etkili kılmak için nasıl bir araya gelebileceğini tanımlamak mantıklı olandır. İlk önce danışanın ilk terapi seansına ne getirdiğini tartışacağız.

DANIŞAN

Terapiye Kim Gider?

Psikoterapideki tipik danışan, 20'sinde veya 30'undaki bayandır ve oldukça iyi eğitimlidir. Genel olarak bu danışanların karakterleri, terapideki iyi sonuçların çıkması ile bağlantılıdır. Çünkü bu danışanlar gelişmek için gerçekten iyi bir potansiyele sahip olmaya yatkındırlar ve YAVIS (Young/Genç, Attractive/Çekici verbal/Konuşkan, Inteligent/Zeki ve Succesful/Başarılı) danışanlar olarak adlandırılırlar (Brown, 1970, Schofield, 1964). Bunu söylemekle birlikte öte yandan danışan karakterlerine dair literatür ve terapilerden elde edilen sonuçlar için tespiti şudur: Sosyo-ekonomik durum veya cinsiyet gibi sabit olan bireysel nitelikler tedavinin başarısını ya da başarısızlığını tahmin etmede çok da önemli değildir (Garfield, 1978, Clarkin ve Levy, 2004). Psikoterapistler, kötü çocukluk çağlarının duygusal ve psikolojik etkilerinin cezasını çektiklerini en sonunda anlayan 60'larındaki danışanlarla da başarıyla çalışmışlardır. Bu yaşlı insanlar enselerinde dolaşan duygusal ağırlık olmadan geri kalan yıllarını sorunsuz ve eğlenceli geçirmeyi umarlar. Terapinin başarısı bakımından erkekler veya kadınlar arasında bilinen bir farklılık yoktur. Etnik azınlıkların terapiye gitmesi pek sıklıkla olan bir şey olmasa da bu konudaki kanıtlar, onların, terapiden azınlık olmayanlar kadar yararlandıklarını gösterir (Miranda ve arkadaşları, 2005).

Danışanın Hazır Olması

Danışanın kendisinin iç dünyasını anlama ve ifade etme yeteneği ve onun psikoterapinin, "bilgilerin söylemsel değiş tokuşu olduğu" gerçeğini bilerek başarıyla çalışması terapinin başarılı olması için daha yaşamsaldır. Sözel becerinin zekânın tanımında önemli olduğu kabul edilmesine karşın gerçekte terapi için hazır olmayan birçok zeki insan vardır. Kendi duygularına ulaşabilmek, anlayabilmek ve onları sözel olarak ifade edebilmek, geleneksel terapiden yararlanan ve yararlanamayan insanların birbirleri arasındaki farklılıkların eksenidir. Lane ve Schwartz (1987) geliştirdikleri görüşme temelli teknikle

duygusal farkındalıktaki bireysel farklılıklar için, duygusal farkındalığın kademelerini yapılandırabilme ve çözüm üretme konularını geniş olarak araştırdılar. Araştırmalarının sonunda onlar, duyguların farkında olmanın ve onları yönetmekteki yeteneğin gelişiminin Jean Piaget'nin gelişim evreleri modelinin benzeri olduğunu iddia ettiler (see Huitt ve Hummel, 2003). Duygusal işlevselliğin sofistike olması büyük oranda yaşla alakalıdır, çok küçük yaştaki çocuklar, özellikle henüz konuşamayanlar tepkilerini ifade etmek için sadece ağlama ya da gülümseme gibi ilkel becerilere sahiptir. Duygusal ifadeler insanlar yaşlandıkça daha sofistike olur ve bu gelişim konuşma yeteneğinin gelişmesi ile paralel (ama her zaman değil) gitme eğilimindedir. Yine de sosyal çevreye bağlı olarak, olanaklı olan rol modellerine göre, sözel beceriler bakımından doğuştan gelen potansiyel farklılıklara ve travmanın uzağında ya da yakınında olmaya göre insanlar duygularını işlevselleştirmek ve sözel olarak ifade etmek için değişik beceriler geliştirir. Lane ve Schwartz (1987) modellerini Tablo 10.1'de psikoterapiyi de işin içine sokma saygısını göstermeyi de (Tablo 10.2'de) ihmal etmeyerek 5 farklı duygusal deneyim kademesini tanımlayarak ve bu deneyim kademelerine yorumlar ekleyerek aşağıdaki gibi özetlemişlerdir:

TABLO 10.1 Duygusal Farkındalığın 5 Kademesi Temelinde Psikoterapatik Tedaviler

KADEME	TANIMLAYICI BETİMLEME	PSİKOPATOLOJİNİN DOĞASI	DANIŞANIN HEDEFİ	TERAPİSTİN HEDEFİ	TEDAVİ TİPİ
5	Karışımın karışımı	Varoluşçu krizde	Hayattaki önemli kararları çözümleme	Duyguların örüntüleri arasında sayısal karşılaştırmalı ayrımı teşvik et	Varoluşçu, iç yüzünü anlamayla bağlantılı
4	Deneyimlerin karışımı	Duygusal çakışma	İnsanlar arası ilişkinin düzeltilmesi	Psikolojik çatışmaları çözmek	İç yüzünü anlamayla bağlantılı
3	Tek boyutlu deneyim	Sürekli bilinçli sıkıntı (depresyon gibi)	Sıkıntının yok edilmesi	Stresin yoğunluğunu düşür, deneyimin alternatiflerini üreterek yelpazeyi genişlet	Bilişsel terapi, destekleyen psikoterapi
2	Hareket veya hareket etme isteği	Düşünmeden hareket eden veya yarışma ruhuna sahip olma (ör. madde bağımlılığı	Sıkıntının yok edilmesi	Daha uygun davranışları, kendine daha az zarar verici davranışları mümkün kıl. Davranışların alternatiflerini öğreterek yelpazeyi genişlet	Davranış değiştirme; hareket terapisi; fiziksel sınırlama
1	Bedensel duyumlar	Bedensel sıkıntı (ör. cilt bozukluğu-ciltte lekelerin çıkması gibi)	Bedensel sıkıntının yok edilmesi	Duygusal durumun fizyolojik temellerini değiştirmek	İlaç tedavisi, bedensel tepkilerin takip edilmesi, rahatlatma tedavileri

Bu modelde, değişik kademelerdeki duygusal özelliklerdeki danışanların değişik tiplerde psikopatolojiler gösterecekleri ve ayrıca değişik tedavi hedeflerine sahip olabilecekleri öngörülür. Terapistlerin, danışanları ile olan etkileşimlerini, danışanın gösterdiği duygusal duruma göre ayarlamaları gerekir ve uygun olan tedavi yöntemlerini kullanmaları gerekir.

Okuyucunun Tablo 10.2'de yer alan bilgileri öğrenmelerini tavsiye ediyoruz; çünkü bu bilgiler sistematik olarak bütünleştirildiğinde hangi tedavi yönteminin seçilmesi gerektiği ve durumun hangi kategoriyle kavramsallaştırılacağı konularının oldukça kolaylaştığını deneyimlemiş durumdayız. Bu noktada deneysel araştırmalardan kaynak gösteremesek de, gerçekten de bu bireysel değişikliklere özel bir dikkat gösteren ve terapiyi buna göre tasarlayan terapistin büyük olasılıkla başarılı olacağını öne sürüyoruz.

Terapiye başladıklarında danışanların apaçık değişkenlik gösterdiği başka bir özellik de yaşadıkları rahatsızlığın derecesiyle alakalıdır. Genel olarak daha çok rahatsızlık içinde olan bireyler yardım aramayla daha çok ilgilidirler ancak bu bir noktada doğrudur (Garfield, 1978). Kompleks komorbid (birbirinden bağımız değişik hastalıklara sahip olan) problemleri olan danışanlar ve uzun kişilik bozukluğu geçmişi olanlar yüksek rahatsızlık hissetseler dahi tedaviye çok iyi bir karşılık vermeyebilirler (Mohr, 1995). Buna ek olarak, ağır depresyon içinde olan danışanlar, motive olmanın devamlı olarak problem olduğu çok donuklaşmış ve umutsuz hâllerde olabilirler. Rahatsızlığın derecesinin ölçümü sırasında istatistiki olarak birey yüksek bir puan almış olsa bile kişinin gelişim gösterecek düzeyde bir potansiyele sahip olması, rahatsızlığın derecesinin terapinin başarısının tahmin edilmesinde güçlü bir öngörücü olmasına ek bir nedendir (Linden ve Satin, 2007).

TABLO 10.2 Her Kademeden Örnek Tepkiler

Sen ve en iyi arkadaşın aynı işi yapıyorsunuz. Yılın en iyi performansına yılda bir verilen bir ödül var. Bu ödülü kazanmak için ikiniz de gayret sarf ediyorsunuz. Arkadaşın bir akşam kazanan olarak ilan ediliyor. Nasıl hissederdin? Arkadaşın nasıl hissederdi?

5. Hayal kırıklığına uğramış hissederdim (3) kazanmadığımdan dolayı ama şunu da eklerdim (3) kazanan kişi başkası olacaksa bu kişi arkadaşım olsun. Arkadaşım bu ödülü hakketmiş olabilir! Arkadaşım kendisini mutlu (3) ve onurlanmış hissedecektir (3) ama biraz benim duygularımı incitmemek (3) için kaygı duyacaktır (3).

4. Depresyonda hissederdim (3) – böyle durumda arkadaşım diğer yarışmalarda olduğu gibidir. Kıskançlık hissederdim (2) arkadaşım için mutlu hissederdim (3) ve hatalı değerlendirmelerimi rasyonalize ederdim. (3) Arkadaşım çok hoşnut olmuş olurdu ancak arkadaşlığımızı korumak için törenin fazla uzamasını istemeyerek ödülü hızlıca alırdı.

3. İkimiz de çok mutlu olurduk (3). Her zaman da kazanacak değilsin ya!

2. Birkaç gün büyük ihtimalle kendimi kötü hissederdim (2) ve nerede yanlış yaptığımı bulmaya çalışırdım. Eminim ki arkadaşım kendisini gerçekten çok iyi hissedecektir (2).

1. Kendimi hasta hissederdim (1) bu yüzden. Arkadaşımın ne hissedeceğini söylemek benim için çok zor-bu arkadaşlığımızın durumuna bağlı ve ödülün onun için ne anlama geldiğine bağlı.

0. Ödül kazanmak için çalışmıyorum ben. Arkadaşım büyük olasılıkla hakemlerin işlerini doğru yaptıklarını düşünürdü.

Terapistin Nitelikleri ve Terapinin Getirisi

Birinci bölümde klinik psikolojinin profesyonel çalışmalarının diğer meslek grupları ile hangi oranda örtüştüğünü ele aldık. Eğitim oranı bakımından psikoterapist ve psikolojik danışmanlar arasında kayda değer bir değişkenlik vardır. Tamamlanmış bir tıp eğitimi ve devamındaki psikiyatrik stajı ile psikiyatristler, doktora eğitimi gören psikologlar gibi onlara benzer, zamanlarının çoğunu psikoterapinin yapılmasına hazırlık için harcarlar. Bu iddianın karşıt görüşü gerçekte psikiyatristlerin ilk önce tüm tıp eğitimlerini tamamlayarak tüm mesleki eğitimlerinin yarısından daha azını psikiyatrinin kendisine harcadıklarıdır. Doktora diploması olan birçok klinik psikolog, bilim insanı (araştırmacı)-uygulayıcı anlayışı ile düzenlenmiş bir eğitim programından mezun olmuş olacaklardır, bunun anlamı şudur ki 6-7 yıllık yüksek eğitimin yarısına yakını salt uygulama eğitiminin yerine araştırma eğitimine çalışmaya adanmıştır. Bu gözlem, klinik uygulamaya daha çok odaklanan ve araştırmaya daha az zaman ayıran ve mezunlarını PsyD ünvanıyla onurlandıran psikoloji programlarının gelişiminin gerekçesine mihenk taşı olmuştur. Eğer eğitimin uzunluğu ve salt klinik eğitime odaklanılması terapistin becerilerini tahmin etmede gerçekten de mükemmel bir belirleyici ise, o zaman PsyD programlarından mezun olanların klinik becerilerinin araştırmacı-uygulayıcı programların olduğu PhD'lerden mezun olanlardan üstün olması gerekir. Eğer bu doğru olsaydı klinikçi olmak isteyen insanların sadece mesleki bir diploma programını bitirmeleri gerektiği tartışmalarını güçlendirirdi. PhD ve PsyD mezunlarının klinik ortamlarda becerilerinin karşılaştırıldığı birçok araştırma (Peterson, 1982, 2003) düzenlemişler ve iki grubun beceri düzeyinin farklılığını belirlemede hep başarısız olmuşlardır. Tek bir istisna hariç, o da PhD klinik psikologların araştırma becerilerinin güçlü olduğu ki eğitim programlarının yapısı düşünüldüğünde bu sürpriz bir sonuç değildir ve araştırma eğitimi almış olan klinik psikologların ulusal lisans sınavında daha başarılı oldukları belirlenmiştir (Kupfersmid ve Fiola, 1991; McGaha ve Minder, 1993; Yu ve arkadaşları, 1997).

Gerekli olan eğitimin diğer tarafa doğru genişletilmesi sorusundan kasıt ne kadar çok (ya da ne kadar az) klinik eğitimin etkili bir terapist olmak için gerekli olduğudur. Profesyonel psikoterapistleri eğitmenin, çok yüksek ücrete mal olduğu göz önüne alınırsa birçok enstitü harcamalardan kısmak için çok az eğitim görmüş kişileri eğitim kadrosuna alacak ya da bu kişiler esasen yardımcı (laypeople) kişilerden olacaktır. Harcamalardan kısılmasının sonucu hemen kendini gösterirken, çok az bir eğitim nedeniyle kalite ve terapinin etkililiğinin ne kadar zarar gördüğünün anlaşılması ise bununla karşılaştırıldığında çok zor tahmin edilebilir bir şeydir. Durlak (1979) profesyonellerin ve profesyonellerin asistanlarının etkililiğine dair çok ses getiren bir inceleme yayınladı. İncelemenin ana sonuçları şunlardır:

1. Asistanlar klinik sonuçlara ulaşmada profesyonellere eşit, bazen onlardan daha iyi sonuçlar aldılar.
2. Profesyoneller, asistanların üstün klinik becerilerini bazen gösteremeyebildiler.
3. Profesyonel eğitimin uzunluğu ve deneyimi etkili bir terapist olmak için ön koşul değildir.

Bu inceleme yazısının yarattığı şok, sürpriz değildir, bu küçük bir çocuğun arı kovanına çomak sokmasına benzer. Çünkü bu durum dünyanın her tarafında binlerce psikoterapi okulunun varoluş nedenini tehlikeye atmıştır. Bu meydan okuyan sonucun hemen üzerine atlayarak karşıt eleştiriler yaptılar. Asistanların profesyonellerle karşı

karşıya getirildiği klinik muayenelerinin sonuçlarının niçin değişik terapi tiplerindeki başka başka danışan tipleri için geçerli olamayacağına dair birçok sebep vardır Nietzel ve Fisher, 1981). Bu nedenler arasında şunlar yer almaktadır:

1. Profesyonel terapistlerin ve asistanlarla karşılaştırıldığı bir örnek için tipik bir protokol, bu çeşit bir örnek için uygun olup olmadıklarını anlamak adına ilk olarak bireylerin dikkatli olarak gözden geçirilmesini kapsar, bu işlemin amacı çoklu hastalıkları olan ve yüksek risk taşıyan hastaların örneklemin dışında bırakılmasıdır.
2. Sıklıkla, böyle bir karşılaştırma için hedeflenen gruplar, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, insan ilişkileri ve kolej öğrencilerinin insan ilişkileri problemleri gibi tanımı yapılmış problemleri kapsar. Bu problemlerin bazıları gelip geçici ve kendi hâline bırakılsa bile çözüme kavuşacak problemlerdendir.
3. Bu araştırmada, üzerinde inceleme yapılan asistanlar sokaktan rastgele seçilmiş kişiler değildir. Onlar daha önce üniversite atmosferini tatmış olan ve öğrenciler tarafından akıllı, kibar ve ilgili yetişkinler olarak kabul edilen tipik bireylerdir.
4. Durlak'ın kağıdında tanımı yapılan karşılaştırmanın tasarım kalitesi zayıf olarak nitelendirilir ve rastgele muayene metotları, kuraldan çok bir istisnadır.
5. Genel olarak bakıldığında Durlak'ın sonuç olarak ortaya attığı şey, istatistiki güçten yoksun olsa bile, boş hipotezin kabulünü olanaklı kılan arada bir fark yoktur şeklinde resmedilmiş bir söyleyiş alışkanlığından ibarettir.
6. Profesyoneller ve asistanlar arasındaki tanımlamalarda daha birçok uyumsuzluklar vardır. Mesela yüksek lisans öğrencilerinin terapist olarak adlandırılması ve sınırlı deneyimleri ile eğitim döneminde olmalarına karşın sık sık profesyonel olarak adlandırılmasında olduğu gibi.

Tartışmalı olmakla birlikte, bir eğitimin ne kadar gerekli olduğu sorusunun kesin cevabının verilmesi hiçbir zaman olanaklı olmayabilir. Deliller güçlü olmasa dahi en son elde edilen kanıtların çoğu eğitim ve deneyimin daha iyi sonuç verdiğini gösteriyor. Varsayımsal olarak, birisi sokaktan topladığı bir sürü insanla bir soru oluşturabilir, onları rastgele 5 yıllık bir psikoterapi grubu ve eğitim almayan grup olarak ayırabilir ve eğitim almayan grup gerçekten de bu süre içinde hiç bir klinik beceri formasyonu kazanamazlar. Sonuçta 5 yıllık eğitimin tamamlanması ile, o kişi rastgele seçilmiş olan danışanları eğitimli ve eğitimsiz gruplara tedaviye gönderebilir. Danışanların kendileri gerçekten de klinik ortamlarda görülen çok çeşitli problemleri olmalıdır.

Elbette bu öneri tamamıyla varsayımsaldır ve eğer mükemmel bir araştırma bu şekilde yapılmazsa, oldukça çok eğitim almış olan terapistin çok az bir eğitim almış terapistten daha iyi sonuçlar alıp almadığı hakkında ne bilebiliriz? Bu konu hakkında ilginç bir deney 3 aylık hızlı bir kurs olarak düzenlenen bilişsel davranışçı terapi kursuna katılan aile doktorlarının tedavilerinin etkililiği üzerine yapılan araştırmadır. Doktorlara (tıp doktoru) ilk olarak birçoğu akıl hastası olan hastalar yönlendirildi, ancak bu uygulamada usule uygun teknikler çok az kullanıldı.

Doktorlar sistematik (ancak kısa) bir bilişsel davranışçı terapi aldıklarında ne yazık ki bu eğitimin danışanların iyileşmeleri için bir dönüşümü olmadı (Marton, 2002).

Araştırmaya katılan psikoterapistlerin 5 yıllık protokole bağlandığı bu çeşit kapsamlı bir deneysel araştırmanın hiçbir zaman yapılabileceğini sanmıyoruz çünkü böyle bir araştırmayı etik komitesinin onaylaması ya da herhangi bir sponsorun böyle bir araştırmaya maddi destek vermesi çok olası değildir. Bunu söylemekle birlikte şu bilgiyi de vermek gerekirse, servis veren danışman şirketlerinden terapi sonuçlarının değişkenleri edinilebilir (13. Bölüm'de belirtilmektedir). Bu bilgiler terapi altına alınıp birçok terapistten terapi gördükten sonra geri bildirim formlarını dolduran binlerce danışanın anketlerinden elde edilebilir (Seligman, 1995).

Terapistin ne kadar eğitilmesini gerekli olduğu tartışması bizi terapistin nasıl eğitilmesi gerektiği sorusunu sormaya doğur götürür. Eğitim gören psikoterapistlerin dikkatlice seçilmiş uygun bireylerle tedaviye girmesi gerektiği tavsiye edilir ki bu terapistler terapötik ilişkinin kurulmasını sağlayacak temel bilgiler için ve son olarak da özel teknikler için (yüzleştirme tekniği, Adler psikoterapisi gibi) eğitileceklerdir. Geleceğin klinikçilerinin eğitimi hangi tedavinin hangi problemler için en çok faydalı olduğu bilgisi ile yönlendirilmiş olması gerekir ve böyle bir eğitime teşhis koyma yeteneği ve vaka kavramsallaştırılmasının da dahil edilmesi gerekir. Bütün terapi çeşitleri için gözlenen sonuçların ayrıntılı bilgileri Bölüm 13'te sunulmaktadır; çünkü yan yana oldukları zaman onları birbirleriyle karşılaştırmak daha kolaydır.

Klinik psikoloji programlarına başvuran insanlar kendi kendilerine programa başvurmuş bir gruptur ve bu kimin bir psikoterapist olacağı sorusunu akla getirir. Bu sorunun cevabı, programların tasarımının yapılması için çok önemlidir çünkü; (a) bu iş için en uygun bireylerin seçilmesi (ve problemli olabilecek adayların dışarıda bırakılması), (b) ne bildiklerinin belirlenmesi (hâlihazırdaki bilgi düzeyleri nelerdir), (c) önceki bilgilerinin ve becerilerinin üstüne usule uygun ve tamamlayıcı olacak bilgilerin verileceği eğitimin eklenmesi istenir. Amaç kabataslak birbirlerine benzer olan psikoterapistlerin bir sistem içinde düzenlenmesini sağlamaktır. Bu işe yeni adım atan terapistler, eğer kendileri geçmişte psikolojik rahatsızlık geçirmişlerse eğitim almaktan alıkoyulmalılar mı? Bu çeşit kusursuzluk beklentilerine karşıyız, çünkü kişisel bazı rahatsızlıkların deneyimlenmiş olması onları daha sempatik yapacak ve danışanlarını daha iyi anlamayı olanaklı kılacaktır. Konu hakkındaki düşünceler, bütün terapistlerin ilk olarak eğitimlerinin bir parçası olarak kendilerinin psikoterapi alması gerektiği tavsiyelerinin içini doldurmaktadır. Böyle bir uygulama elbette ki kendi danışanlarının duygularını tecrübe etmelerini ve etkili bir terapi işlevinin gerektirdiği şekilde (umulur ki) kendi kişisel problemlerinin terapi sürecine etkilerini minimize etme konularında onları duyarlılaştırırdı. Bölüm 11'de görüleceği gibi psikanalitik teori oryantasyonlu terapistler için bu çeşit bir benlik terapisi, eğitimin olmazsa olmaz özelliğidir. Sonuçta, herhâldeki, kişisel terapinin psikoterapistler için şart koşulup koşulmaması sorusu kanıtlara dayanılarak öne sürülmelidir, burada görünen şudur ki bugün için terapiye girmenin, terapistin başkalarıyla çalışmasını etkili kılacağı konusunda deneysel bir kanıt yoktur (Binder, 1993).

Bu yüzden eğitim programlarının tüm terapist adaylarının kişisel terapi almaları gerektiği koşulu, çok zor tartışılacak bir konudur. Buna karşın klinik süpervizörler öğrencilerle yakın bir şekilde çalışırlar ve bu yakın eğitimde ve öğrenme işleminde eğittikleri insanlar hakkında birçok bilgi edinirler. Bu, bir öğrencinin bazen kişisel problemlerinin veya başarılı psikoterapist olmayı engelleyici kişilik özelliklerinin olabileceği gerçeğini kabul etmeyi getirebilir. Klinik eğitim programlarındaki profesörler, başta yardım almakta çok çekingen olmalarına karşın kişisel terapiden yaralanmış olan birçok öğrenci ile karşılaşacaklardır. Büyük olasılıkla bu çekingenlik, tedavinin kendisine faydalı olacağını kabul

etmiş biri olarak damga yemiş olan biri olma düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Umulur ki, dikkatlerini çeken öğrenciler için kişisel terapi öneren bu eğitim programlarında kişisel terapinin, bu terapiye korkutucu yan etkilerinden çekinmeden girmeye istekli olan öğrenciler için olumlu bir öğrenim ve gelişim aracı olduğunun belirgin olmasıdır. Arada sırada, klinikte görevli öğretim üyeleri, çok zeki olan ancak klinik çalışmaları yürütmek için uygun olmayan öğrencilerle karşılaşabilirler; buradaki soru, programın yapısının buna göre ayarlanıp ayarlanması ya da bu tip öğrencilerin klinikçi olma kariyerinden vazgeçirilmesinin gerekip gerekmediğidir. Bu konuda anekdot niteliğinde kanıtlar vardır: Öğrenci adaylarının istedikleri üniversiteye kabul olması için referans mektuplarını yazan kişilerin, öğrencinin klinikçi olmasının uygun olup olmadığına dair olan kritik bilgileri vermeyi sıklıkla atladıkları ve bu kötü haberi söyleme işini üniversitedeki öğretim üyelerine bıraktıkları gibi. Bu çok talihsiz bir durumdur; çünkü kayıt zamanında hem öğrenci hem de üniversite yönetimi öğrenciyi programa alma konusunda çok istekli olurlar. Öte yandan genel olarak, uygun olmayan bir öğrenciyi uzun bir yüksek lisans programının içine almamak doğru bir harekettir; çünkü öğrencinin staj zamanında, lisans sınavında ya da iş hayatına atıldığında klinik çalışma için uygun olmamasından dolayı başarısız olduğunu görmek daha kötü bir durum olacaktır; bunun yanında danışanların psikolojik durumlarına zarar verme olasılıkları da cabası.

Başarılı bir terapist olmak için gerekli olan beceriler hakkında ne biliyoruz? Meta analizler yoluyla belgelenen bir araştırmanın sonucu hasta gelişimini gösteren kaba taslak olarak yarıya yakın açıklanabilir değişkenlerin türlü teorik yaklaşımlardan kaynaklanmış olan bir kalıp içermeyen faktörlerden oluştuğunu-bunlar genel faktörler olarak da adlandırılır-işaret ediyor. Bu sonuç, böyle becerileri (birçok teorik uygulamayı kullanabilmek) terapistin nasıl kazanacağı sorusunu doğuruyor. Bir kalıba oturtulmayan beceriler dar bir teorik oryantasyona bağlı olmayan her terapistin sahip olması gereken becerilerdir. Bir kalıbı olmayan öğretilebilir beceriler, tipik olarak mikro beceriler ve makro beceriler olarak alt başlıklar altında toplanabilir (ayrıntılar bölümün ilerleyen kısımlarında) Mikro beceriler bu adı aldı çünkü onlar, "an ve an" terapide gösterilecek davranışları temsil ediyorlar (daha sonraki Terapi İşlemi Bölümü'nde listesi verildi ve tartışıldı) ve bunlar danışan-terapist ilişkisinin yaratılmasında kritik beceriler olarak düşünülür. Diğer taraftan makro beceriler, bu da daha sonra özetlenecek, terapi planının geliştirilmesi ve davranış gelişiminin takibi gibi daha karmaşık teknik ve kapsamlı becerileri kapsar.

Mikro beceriler düzenli bir hâlde öğretilebilir, ancak bu çok zaman alan bir çaba olur. Terapistler için yetenek geliştirici programların etkililiği konusunda oldukça çok sayıda araştırma vardır (Albert ve Edelstein, 1990; Kendjelic ve Eells, 2007), bu araştırmalar şunları öne sürer:

1. Öğrenciler, tecrübeli terapistlerin gözlemlendiği ve modellendiği eğitimlerde, teorilerin, becerilerin ve tekniklerin tartışılarak öğrenildiği eğitimlerde, gerçek uygulama ve doğrulayıcı geri bildirim olan eğitimlerde çok eğleniyorlar ve en çok da bu eğitmelerde öğreniyorlar.
2. Yeni kazanılan beceriler kalıcı oluyor ve genel olarak bunlar sınıf gibi güvenli eğitim ortamından klinik uygulamaya geçişi yapılabilen becerilerdir.
3. Çok iyi sonuçların üretilmesi için hangi tip yeteneğin diğerinden daha önemli olduğuna dair yeterli bilgi yok; çünkü eğitimler genelde birçok parçadan oluşur ki bu parçaların etiklikleri tek başlarına incelenemez.

4. Bu çeşit araştırmalar genel olarak daha çok araştırmacıların teorik oryantasyonunu ile temellendirilmiştir ve özel becerilerin terapinin sonucuna yaptığı etkiler gerçek deneysel kanıtlardan yoksundur.

TEKNİKLER

Önerilen terapi işlemi modelindeki bir kritik unsur, tekniğin seçilmesidir. Daha önce bahsettiğimiz gibi terapi tekniklerinin gerekçeleri ve tanımları, genel beklentiye uygun olarak psikoterapi ders kitaplarındaki büyük bir alanı kapsar. Buna benzer olarak biz de çeşitli popüler teorik oryantasyonların ve bunlarla bağlantılı olan tekniklerin bahsedildiği iki uzun bölümü (11 ve 12. bölümler) ve bir ek bölüm olarak da, 14. Bölüm'de, her yerde bulunamayacak bir konunun işlendiği yenilikçi ya da mistik terapileri kitaba dahil ettik. Sadece terapi tekniklerini anlatarak konuyu geçiştirmiyoruz; aksine ilk olarak özellikle terapilerin ortak yanlarını ve danışan-terapist ilişkilerinin önemini, özel teknikleri anlatmadan önce açıkça konu ettik. Değişmenin dinamik işlevinin karmaşıklığını değerlendirmenin önemine değinmeksizin üstünkörü olarak yalnız terapi tekniklerinin öğretilmesinin öğrenciye iyi bir hizmet olduğunu düşünmüyoruz.

Oluşan Tipik Problemler

Psikologlar bireysel farklılıkları takdir etmeye ve anlamaya yönelik olarak geniş bir şekilde eğitilmişlerdir. Farklı bireylerin var olan birçok kariyer için niçin uygun olup olmadığını anlamak ya da hangi rahatsızlığın tekrar ortaya çıkacağını tahmin etmek amacıyla farklı bireyler için farklı kişilik ve yetenek testleri geliştirmiyoruz? Yine de, konu psikolojik terapiye geldiği zaman var olan problemlerin doğasında büyük bir benzerlik vardır. Tüm ülkeyi kapsayacak şekilde gerçekleştirilen büyük bir anket (Gurin veroff ve Feld, 1960) psikologların ofisine getirilen tek yaygın konunun insan ilişkileri problemleri olduğunu gösterdi. Başka bir araştırma bunun 40 yıl sonra da doğru olduğunu ortaya koydu, insan ilişkileri problemleri psikoterapide ön planda ve merkezdeydi. Terapiler; tipik olarak kişiler arası ilişkilerde yakınlık kurmayı sağlama, eğlenme, ilişkileri yönetebilme becerisini geliştirme üzerine odaklanmıştı (Johnson, Hunsley, Greenberg ve Schindler, 1999).

Bu iki özellik bütün insan ilişkileri problemleri için geçerlidir. Sıklıkla görülenler diğer konular arasında çocuk yetiştirme konusunda anlaşmazlıklar, diğer aile üyeleri ile nasıl geçinileceği, kıskançlık, aldatma ve parasal konulardaki anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Nihayetinde bu faktörler ailevi birlikteliğin başarısını veya başarısızlığını belirliyor. Başka bir yaygın problem kendine saygının az olmasıdır ki bu kaygı ve depresyonun parçasıdır. Dolayısıyla tüm uygulama yapan klinik psikologların kendilerinin favori terapi oryantasyonlarına bakmadan eğitim görmeye ve bu genel konularda beceri edinmeye ihtiyaçları vardır:

1. Gösterilen duygular,
2. Erken ve çocukluk deneyimlerinin günlük hayata etkilerinin anlaşılması,
3. Yakın ilişkilerde kontrol etme ve duygusal yakınlık konuları,
4. Kişisel sıkıntının seviyesinin düşürülmesi (sakinleştirme) ve
5. Kendine saygıyı çoğaltma ve yeterli olduğunun farkına varmak

Danışanların konu olan problemlerinin-özellikle sosyal, kültürel ve ekonomik bağlamda çok öznel olmasına karşın-ortak yönleri vardır; terapistler, bu problemlerle baş edebilecek becerileri kazanabilir. Terapistin ofisine getirilen tüm sorunlar aslında oldukça sınırlı ve öngörülebilen sorunlardır. Bazı psikoterapi araştırmacıları, benzer şekilde, psikoterapistlerin uygulamalarının, terapi yaklaşımının adlandırılmasına ya da terapistin adapte olduğu teorik oryantasyona bakmadan hemen hemen aynı şey olduğunu tartışmaktadırlar. Bu konuda terapi yaklaşımları arasında farklılıklardan çok benzerlikler olduğunu tartışan Jerome D. Frank'in (1973) çalışması özellikle ikna edicidir. Jerome D. Frank, hastanın yarar göreceği şu dört ortak ögenin tüm terapilerde olduğunu iddia etmiştir:

1. **Duygusal destek**
2. **Umut vermek**
3. Problemin nasıl doğduğuna dair **unsuları ortaya koymak**
4. Diğer insanların sorunları ile karşılaştırılarak problemi daha geniş bir bağlam içine yerleştirilmek ki bu, **normalleştirme** olarak adlandırılır.

Tüm bunların birlikteliğinde bu dört öge bütün terapilerin potansiyel olarak sağladığı özel olarak **belirtilmemiş yararlar** olarak düşünülebilir. Bu önemli nokta psikoterapinin etkileri hakkındaki bölümde (Bölüm 13) daha sonra geniş bir şekilde işlenecektir. Geniş bilgilerin ışığında, terapi yapanların bazıları çok iyi sonuçlar elde ettiklerini söyledikleri birçok soru işaretleri ile dolu olan konuların daha iyi anlaşılmasına yardım edecektir. Terapilerin ne zaman ve nerede farklı oldukları (11 ile 14 bölümler arasında değiniliyor) çoğunlukla, terapist tarafında kullanılan yönlendirme derecesi ve problem olan davranışı mı, duyguyu mu, yoksa düşünceyi mi hedef aldıkları ile alakalıdır.

Terapi seansı boyunca beceriyle yönlendirilmesi gereken ve uygun bir şekilde danışana "an ve an" karşılık vermeye yarayan beceriler mikro beceriler olarak adlandırılır, bunlar:

1. Empati göstermek
2. Cesaretlendirmek
3. Açık-net, zamanlaması uygun, tehditkâr olmayan sorular sormak
4. Uygun bir şekilde düşüncelerini söylemek
5. Danışana gerekli olan gerçekçi bilgileri sağlamak

Bu beceriler Carl Rogers'ın danışan merkezli tedavi yaklaşımında her zaman önemli oldukları düşünülen becerilerdir (Rogers, 1951; Bölüm 11) ve Rogerian yaklaşım, bu mikro beceriler üzerinde dikkatle hazırlanmış eğitimi ile özel bir itibarı hakediyor.

Daha üst düzeyde ve daha çok zaman alan, bütünleyici becerileri ve teori temelli terapinin doğru bir şekilde yürütülmesini öğretmek için eğitim gereklidir, bu beceriler makro beceriler olarak adlandırılır. Makro beceriler genel becerilerin ve teori temelli becerilerin karışımıdır, bunlar:

1. **Vaka kavramsallaştırılması**
2. Bu tekniklerin yürütülmesinde teori temelli tekniklerin bilgisi ve becerileri

3. Danışanların bir yanlarının direnç ve kontrol etme girişimlerinin düzeneklerinin tanımlanması
4. Danışanın, davranışlarını ne zaman iteceğini ne zaman dizginleneceğini bilmesi
5. Danışanların içinde olan (gelişmeye veya kötüleşmeye doğru) değişimlerin farkında olması
6. Psikoterapistin danışana karşı yaptığı (uygunsuz) tepkilerinin farkında olması

Makro becerilerin sofistike edilmesiyle yetkinlik kazanmanın usule uygun eğitimin terapistin birçok yılını alacağı genel olarak kabul edilir – böyle bir eğitime didaktik öğrenim, modelleme ve süpervizyon eğitimi dahil olur ve hiçbir zaman tamamlandığı varsayılmaz, yüksek lisans eğitiminin gerekleri yerine getirilmiş ve terapist lisansını almış olsa bile. Yirmi-otuz yıl deneyime sahip olan terapistler bile yeni iç görülerinin ve gelişen makro becerilerinin olduğunu itiraf edebilirler.

Terapötik Dostluk

Daha önce, psikoterapiyi mistik bir sistem olarak adlandırmıştık, bu iyi bir saptamaydı; çünkü danışanların genellikle hiç yapmadıkları, hatta bir yabancıyla asla yapmadıkları bir işlemi-gizli düşünce ve duygularını güvenli bir ortamda ve emin bir atmosferde ifade edebilmeyi umdukları gerçeğini anlatmasından dolayı. Bu yüzden danışanların duygularını açmakta neden endişeli oldukları ve terapiste güven konusunun garanti altına alınmasının gerekli olduğu anlaşılabilir. Danışanların, gizliliklerinin korunacağı konusunda emin olmaları sağlanmalıdır ve terapistin, kendisine güvenilebileceği ve terapinin güvenli olduğuna dair işaretler vermekten sorumlu olduğunu kabul etmesi gerekir. Daha önce tanımlanan mikro becerilerin sürekli olarak kullanılması bu işlemin bir tamamlayıcısı olarak düşünülür. Terapinin başarılı olması isteniyorsa; terapist danışanların duygularını anlamalı empati duymalıdır ve danışanların duygularını; doğal korkularını açıklayarak kabul etmesi gerekli ve sonunda yararlı olduğu güvencesi danışana verilmelidir. Bu tip yapılandırmacı bir atmosfer oluşturmak terapatik ittifak yapılandırması olarak da adlandırılır, bu üç kenetlenmiş bileşen şöyle karakterize edilir (Bordin, 1976):

1. **Bağlar**, kişiler arası bağlılık, güven ve sevgiyi işaret eder
2. **Görevler**, terapide nelerin yapılması gerektiği konusunda terapist ve danışanın yaptığı anlaşmayı ifade eder.
3. **Hedefler**, tedavinin getirisinin ne olması gerektiği konusunda danışanın ve terapistin ortak beklentisini ifade eder.

Terapötik ittifak konusunda terapistler ve danışanlar açısından değerlendirme yapmak için çok çeşitli soru anketleri geliştirilmiştir; ancak eldeki kanıtlar danışanların geri bildirimlerinin en önemlisi olduğunu göstermiştir (Horvath ve Luborsky, 1993) (Kutu 10.1).

Araştırmalar, terapatik ittifakın kalitesinin terapinin gelişiminin hızı ve olumlu sonuçların elde edilmesi konularında güçlü bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

KUTU 10.1

Yardım İttifakı Anketinden (Luborsky ve arkadaşları., 1996) birkaç tane madde, bu tip ölçeklerin nasıl yapıldıkları ve ne çeşit ifadeler kullandıklarının daha iyi anlaşılması için burada açıklandı:

1. Terapistim beni anladı ve kabul etti.
2. Terapistim benim amaçlarımı anladı ve onlara ulaşmam için bana yardım etti.
3. Gelişme gösterdiğim zaman bana uygun bir şekilde geri dönüşüm verdi.
4. Terapist kendimi ifade etmem için beni cesaretlendirdi.
5. Terapistimin beni sevdiğini hissettim.

(Horvath ve Symonds, 1991; Johnson ve Ketring, 2006), ancak bu sonuçlar terapistin davranışlarının nesnel olarak ölçümünden ziyade danışandan elde edilen bilgilere göre çıkarılanlardır ve iyi bir sonucun beklendiği bir ilişkinin öznel değerlendirmesidir.

Terapi sürdükçe bağın önemli olduğu anlar vardır, ağır bir konu tartışma için hedeflenmiştir veya yeni bir davranışın denenmesi gerekmektedir, ancak danışan, kendisinde büyük bir korku oluşturan bu konuya başlamada çekimserdir. Ya da, sigara tiryakiliği gibi bir kompulsif veya bağımlılık davranışı durdurmak gibi bir iş danışan tarafından daha önce denenmiştir ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bu nedenle danışan alışkanlığı bırakmayla alakalı olan acıyı tekrar yaşama konusunda çekingen olabilir. Eğer terapide danışanın başa çıkacağı materyaller kolay üstesinden gelinecek şeyler olsaydı; danışan bunları zaten çözmüş olurdu ve bir profesyonel terapiste gitmesine gerek olmazdı. Danışanların terapi sırasında önlerine çıkacak olan bu tip bir veya daha çok engelden dolayı, onların, yönlendirilmeye, koçluğa ve yeni bir davranışın üstesinden gelineceğine ya da yeni bir denemeye dair inandırılmaya ihtiyaçları vardır. Bunun net olarak nasıl yapıldığı terapi çeşitleri arasındaki farklılığın ana faktörüdür. Bazı terapi çeşitleri biraz ittirici ve direkt olarak yüzleşme ve mantıksal özelliklidir; diğerleri, ince bir tarzla kendini keşfetmeye yöneliktir. Sorunları ve dirençleri ele almadaki bu çeşitli terapilerdeki yaklaşım değişiklikleri, büyük ölçüde bazı terapilerin neden diğerlerinden uzun olduğu konusunda belirleyicidir. Hayranlık uyandıran bu işlemin detaylarını burada vermeden biz sadece bu engellerin ele alınmasının nasıl güçlü bir terapötik ittifakın yaratılmasıyla ilintili olduğunu tartışacağız. Geniş kapsamlı araştırmalarda, araştırmacılar, gerçek ortamlardaki terapist-danışan etkileşiminin ayrıntılı analizleri için daha sonradan kopyalama yaptıkları seans kayıtlarına sahiptirler (Bedics, Henry ve Adkins, 2005; Strupp, 1993, 1996). Hans Strupp'un çalışmasından, sadece zamanlama doğru olduğunda ve ittifak güçlü olduğunda; her şey dikkatlice düşünüldüğünde danışanın zora koşulmasının etkili olabileceğini öğrenmiştik. Strupp'un araştırması en başarılı terapi çeşitlerinin bir direnç safhasına sahip olduklarını ve bu direncin aşılması için meydan okumanın da terapinin ortalarında bir yerde olduğunu göstermiştir. Danışanın zora koşulması, henüz somut bir terapötik ittifak kurulmamışken yapılırsa bu zorlama, büyük olasılıkla terapinin başarısız olmasına neden olacaktır (Mohr, 1995). Okuyucu için bunu duymak sürpriz olmayacak çünkü kendi özel terapötik olmayan hayatlarımızda bile biz güvenmediğimiz yabancıları dinlemeyiz. Sevdiklerimizin veya bizi sevenlerin bizi zora koşmalarını da (eşlerimiz veya ebeveynlerimiz gibi) dinlemeyiz, bu zora koşmalar genellikle bizim için kabul edilir şeyler değildir ve istenileni yapmamız için ısrarcı dürtüklemelerin olması gerekebilir.

Terapinin işlevine, geçirilen aşamalar olarak da bakabiliriz. Egan (1986, 1998) bizim için bunu yapmıştır ve üç aşamalı kolayca takip edilecek bir akış çizelgesi oluşturmuştur:

Şu andaki durumla baş etmek, (b) tercih edilen ve arzulanan sonuçlar, (c) bu arzuya ulaşmak için yapılacak şey. Birinci aşama sırasında danışanların durumun gerçekliğini tanımlamaya ihtiyaçları vardır. Sonra daha önceleri dar bir bakış açısına neden olan ve bu nedenle çözümleri engellemiş olan kör noktaları öğrenmeleri gerekir. En sonunda da önceliklerin seçilmesi için odaklanılmasına nazikçe ikna edilmeleri gerekir. İkinci aşamada, danışanlar değişim sağlamak için olabilecek çeşitli imkânları, daha henüz hangisinin takip edileceğine dair bir karara varmadan tartışırlar. Sonra danışanların değişim ve bu konuda yemin etmek adına bir gündem oluşturması gerekir. Ondan sonra da üçüncü aşama da bir takım somut eyleme odaklanılmasına dairdir. Bu aşamada danışan ve problemi için en iyi sonuç getirecek olan bir eylemi seçmek ve sonra elbette ki bu plana göre hareket etmeye başlamak bu safhaya dahil olanlardır.

Bu model dar bir teorik yaklaşıma bağlı kalmaksızın tipik terapi safhalarını tanımlar. Biz bu görüş açısının, hemen hemen tüm terapi süreçlerini tanımladığını farz ediyoruz.

KLİNİK PSİKOLOJİDE KÜLTÜREL BİLEŞENLER

Bu bölümün başlarında, nasıl danışanların değişik karakterlerinin klinik psikoloji uygulamasını etkilediğini tartıştık ve kültürel değişikliklere dokunduk ancak çok fazla detaya girmedik. İnsanların artık daha çok göçebe bir hayat yaşadıklarının göz önüne alırsak Batı ülkelerinin kültürel bileşenlerinde birçok değişiklik olduğu görülür. Kültürel farklılıkların çoğu, uluslararası sınırların ticarete açılması, göçmenlik ve sayıları gittikçe artan savaş bölgelerinden kaçan mülteciler dolayısıyla olmuştur. Örneğin, 5 milyon kişinin yasadığı Toronto (Kanada) gibi kozmopolitin ve çok kültürlü bir şehirde, belediye 148 ayrı dilde telefon servisi vermektedir. Bazı Vancouver (Kanada) bölgelerindeki banliyölerde nüfusun yarıdan fazlasının evinde İngilizce konuşulmamaktadır (Browman, 2000). Bu yüzden, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Birleşik Krallık ya da Kanada'daki şehir merkezlerinde çalışan psikologlar birbirinden ayrı kültüre sahip bir danışan topluluğu ile çalışmaktadırlar. Bu bölgelerden bazıları görünürdeki azınlıkların durumuna göre, diğerleri yakın zamanda olan göçlere göre ve birçoğu geleneklerini ve değerlerini bırakmayarak göze batan yerler olmaları ile karakterize edilir. Klinik psikologlar genelde beyaz ve Avrupa menşelidir ve normal olmayan davranışları anlamak ve psikolojik problemleri tedavi etmede öncelikli yaklaşımları Yahudi-Hristiyan geleneklerinin ve felsefelerinin köklerine dayanır.

Kültürel biriciklik konusu bazı kültür alt gruplarının, örneğin, aileleri çok uzun yıllar aynı ülkede yasamış olmasına karşın ülkede görünürde azınlık olmaları gerçeği ile daha çok karmaşık bir hâl alır (örneğin bu gruplar ABD'deki Afrikalı Amerikalılar). Diğerleri için, görünürdeki azınlıkların durumu son göçmenlerle alakalıdır, bunların ikinci dili İngilizcedir ve bazen ana dillerinin değişik olması nedeniyle ekonomik hayatta dezavantajlara neden olur. Etnik grup üyeliği çoğunlukla ekonomik mevkiinin sürekli değişmesiyle alakalıdır ancak bu örgü evrensel değildir. ABD'de, İspanyol ve Afrikan-Amerikan alt gruplar, beyazlardan ciddi anlamda daha az kazanca sahiptirler oysaki bu durum sınırın ötesindeki Kanada'da böyle değildir. Kanada'da çoğunluk ve azınlık grupları arasındaki kazanç farklılığı çok az seviyededir (Bowman, 2000).

Anlaşılan odur ki görünürdeki azınlıkların durumu, bize birisinin ekonomik olarak dezavantajlı olup olmadığı ya da ortada bir sürçü lisan olup olmadığı hakkında bilgi vermiyor.

Bu bölümün bir başka yerinde ve Bölüm 4'te bizim profesyonel davranışlarımızı yönlendirmesi beklenen, bununla birlikte, kültüre özgü olmayan ve tüm kültürler tarafından paylaşılmayan bir takım ilkeler ve kurallardan bahsetmiştik (Sue, 1999). Bunlar şöyle sıralanabilir:

1. Danışanın direk olarak sorması hâlinde bile terapistlerin peşin hükümlerle tavsiye vermekten kaçınması
2. Terapistin düşünce ve duygularının açıklanmasının hangi derecede danışanlar tarafından kabul göreceği
3. Parasal konularda pazarlık yapmanın değiş-tokuş zihniyetini doğuracağından tavsiye edilmediği
4. Nesnelliği kaybetmekten kaçınmak adına psikoterapistin iki yönlü role (danışanla ofisin dışında ilişki içinde bulunulması) karşı koyma beklentisi
5. Hediye verme geleneğinin kabul görmesi (veya kabul görmemesi)

İki yönlü ilişkiden kaçınmanın şart olması veya bir hediyenin reddedilmesi bazı kültürlerde itici olarak düşünülebilir, örneğin Asya kültürlerinde bu sıklıkla hakaret olarak algılanabilir. Ayrıca bunlar, kültür fonksiyonlarının yanlış anlaşıldığı insan ilişkilerinin küçük ayrıntıları olarak görülebilir. Örneğin birçok aborjin kültürler, Avrupa ve Kuzey Amerikalıların direkt göz kontağının az olmasını çekingenlik ve kendine güvenmemek olarak algılanmakta ancak bu kültürlerde saldırganlık ifade ettiği için direkt göz kontağının kaçınılmaktadır.

Terapistin direktif verici olmasını arzulamak Kuzey Amerika'daki birçok göçmen kültürlerin paylaştığı bir şeydir. Öte yandan Avrupalılar ve Kuzey Amerikalılar bağımsız karar verme yeteneğinin ve danışanın kendisini ifade etmesini vurgulamasını önemli görürlerken; Asyalılar nazik ve Afrikan-Amerikalılar ise direktif, aktif ve yapılandırılmış terapileri tercih etme eğilimindedirler (Paniagua, 1998).

Bazen kültürel değerler ve alışkanlıklar çarpışır. Çözülmesi çok zor olan durum değişik alışkanlıklar etrafında döner. Bazı kültürlerde insanlar gidecekleri yere sıklıkla geç kalır ve bu durum grubun diğer üyelerini öfkelendirmez. Öte yandan bu toleransı klinik görüşmelere taşımak zordur. Klinik çalışmalarda randevular 1 saatlik zaman dilimlerine göre ayarlanmıştır. Eğer danışan saat 3: 00'teki randevuya 3: 40'da gelirse; kendisine 4: 00'te gelecek kişinin saatinden alınmadıkça tam zamanlı bir terapi uygulanamaz.

Daha önce kültürel farklılıkların bilinenlerine dair bazı örnekler sağladık ancak bir durumun nasıl halledileceği hakkında reçete vermek eğilimi; çözüme sahip olmak anlamına gelmeyebileceğinin ve belki de (bu reçetenin) ters tepki yaratabileceğinin farkında olun. Değişik kültür alt gruplarıyla karşılaşmak bir terapist için nerede çalıştığına bağlı olarak inişli çıkışlı bir yoldur. Bu nedenle bireylerin çalıştıkları yerdeki kültürü anlamaları, öğrenmeleri işin anahtarıdır. Kültürel yeterlilik ifadesi bu adımı atan terapistler için geçerlidir. Kültürel yeterlilik ifadesini desteklemek için, Sue, Arrendondo ve McDavis (1992) önemli unsurların detaylı bir listesini bu betimleme için derlediler (Bk. Tablo 10.3). Onlar kültürel yeterliliğin inançlar ya da tutumlar ve bilgi ve beceriler olmak üzere parçalara ayrıldığını savunuyorlar.

TABLO 10.3 Kültürel Yeterliliğin Bileşenleri

İNANÇ YA DA TUTUMLAR	BİLGİ	BECERİLER
1. Kendi adetlerinin ve değerlerinin ya da başkalıklara saygı duygusunun farkında olunması ve bunlara duyarlı olunması	1. Kendi ırkını ve kültürel geçmişinin bilinmesi ve bunun algılamalarındaki etkilerinin bilinmesi	1. Eğitim, danışma ve çok kültürlü eğitim deneyimlerini edinmek için araştırma yapmak
2. Geçmiş eğitiminin ya da deneyimlerinin ve ön yargılarının ve bunların psikolojik işleve nasıl etki yaptıklarının farkında olunması	2. Irksal kimlik gelişimi hakkında bilgilere sahip olunması	2. Kendini bir benlik olarak tanımaya çalışmak
3. Yeterliliklerinin ve uzmanlıklarının limitlerinin farkında olunması	3. Kendi kültürünün sosyal etki ve iletişim tiplerinin bilinmesi	3. Irksal ve etnik gruplar hakkında yapılan araştırmalara aşina olmak için çaba göstermek
4. Diğerleri ve kendisi arasındaki farklılıklar karşında rahat olunması	4. İçinde çalışılan ve etkileşime girilen gruplar hakkında bilgilere sahip olunması	4. Etnik grupların arasına karışıp onların halk günlerinde, bayramlarında, dostluk günlerinde ve diğer aktivitelerde rol almak
5. Diğer ırklar ya da etnik gruplara karşı olan olumsuz reaksiyonlarla kontak içinde olup böyle durumlarda yargılayıcı olunmaması	5. Irkların ya da etnik benliğin kişilik yapılanmasını, meslek seçimini, psikolojik bozukluklar ve diğer şeyleri nasıl etkilediğinin bilinmesi	5. Sözlü ve sözsüz yardımcı olma stilleri ile haşır neşir olmak
6. Sabitleşmiş fikirlerin ve ön yargılı kavramların farkında olunması	6. Sosyopolitik etkiler, göçmenlik, fakirlik, çaresizlik ve diğer şeyler hakkında bilgiye sahip olunması	6. Danışların adına geleneksel tarzda aracılık edebilmek
7. Diğerlerinin dinlerine ve ruhani inanışlarına saygı duyulması	7. Psikolojik yardımın kültürel bağlarının, sınıfsal bağlarının ve dilbilimsel özelliklerinin biliniyor olması	7. Geleneksel tedavi uygulamacıları ile müzakereler yapmak
8. Yerel yardımlaşma tarzlarına ve cemiyet bağlarına saygı duyulması	8. Kurumsal engellerin nasıl etkili olduklarının bilinmesi	8. Danışanların dilleri neyse o dilde yeterli olduğunu iddia etmenin sorumluluğunu alabilmek
9. İki dillileğe değer verilmesi	9. Değerlendirmenin taraflılığının bilinmesi	9. Değerlendirmenin kültürel noktaları konusunda uzman olmuş olmak
	10. Azınlıkların aile, cemiyet ve diğer yapılarının bilinmesi	10. Ön yargıları, ırkçılığı ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak için çalışmak
	11. Ayrımcılık yapan uygulamaların cemiyet ortamında nasıl işlediğinin bilinmesi	11. Terapi yaptığı çevrenin doğasındaki danışanları eğitmek

D. W. Sue, Arredondo ve McDavis'ten uyarlanmıştır (1992).

Kültürel yeterlilikler için önerilen bileşenlerin bu listesi uzundur ve bizim bu kadar yeteneğe sahip olup olamayacağımız bizi kaygılandırır. Belki de bu listeyi bizi havaya sokan bir liste olarak düşünmek en doğru düşünce olacaktır. Yine de kültür öğrenimini kolaylaştırmak için Sue (1999) dört kapsamlı öğrenme stratejisi önermiştir:

1. Bireyler diğer kültürlere dair kanaatlerin ve inanışların doğru olduklarını olabildiğince çok kaynaktan kontrol ederek tecrübe kazanmalılar ve öğrenmeliler. Bu konuda medyaya bağlı olmak yeterli değildir, en azından kişisel kontaklarla bu durumdan emin olunmalıdır.
2. Bir kültürün diğerine göre daha üstün olduğu inanışlarının sıkça karşılaşılan bir durum olduğu göz önüne alındığında, bir grupta dengeli bir resmin sağlanabilmesi için o kültürün sağlıklı ve güçlü insanları ile zaman geçirmemiz çok kritik bir konudur.
3. O kültüre ait farklılıklar grubun tecrübe ettiği gerçekliklere bağlıdır.
4. Kültürle ilgili bilgi ve yeterlilik edinilse bile ihtiyatlı kalmaya devam etmeliyiz.

Çok fayda getirecek bir aşama olarak boş zamanlarda kültürlerarası değişikliklerin öğrenimine zaman ayırma, İngilizce'nin dışında yayın yapan televizyon programlarının sık sık izlenmesini ya da etnik grupların mahallelerinde alışveriş yapılmasını ve restoranlara gidilip yemek yenmesini tavsiye ediyoruz. Daha usule uygun bir şekilde, özellikle öğrenciler stajlarını bu tip değişik kültürlerin bulunduğu yerlerde gerçekleştirmeyi seçebilirler.

SONUÇ

Bu bölümün amacı okuyucuyu izleyen 11 ve 12. bölümlerde sunulacak ve tartışılacak olan birçok teorik yaklaşıma ve tekniğe hazırlamaktı. Bununla birlikte biz psikoterapinin tanımının ne olduğu konusundaki zorluk hakkındaki farkındalığın artmasını istedik. İlk olarak bu materyali sunmayı bilerek seçtik çünkü bunun özgül terapilerin tartışılması için eğitimdeki terapisti hazırladığına ve terapi yaklaşımlarının niçin ve nasıl birbirinden farklı olduğunun anlaşılmasına temel hazırladığına inanıyoruz. Daha da ötesi r için birçok terapistin kendilerini yalnızca bir terapi yaklaşımına adamadıkları; önlerindeki vakaları nasıl kavramsallaştırdıkları ve bilimsel kanıtların neyi desteklediğine bağlı olarak değişik hedefler için değişik tedavi yöntemleri seçtiklerinin anlaşılmasını sağlamaktadır. Klinikçiler olarak biz danışanlarımızın çok katmanlı ve karmaşık problemlerini çözmek için elimizde birden fazla alete sahip olmalıyız. Terapi sürecinin her unsurunun önemlilik derecesi konusundaki araştırmalar genel terapi becerilerinin değerini açığa vurmakta ve güçlü bir şekilde desteklemektedir. Luborsky ve çalışma arkadaşları (1997) sürecin unsularının, terapinin başarısına katkısını araştırdılar ve terapistin teknik becerisinin terapinin başarısıyla olumlu yönde orta düzeyin altında bir ilişkinin olduğunu ($r = .32$) ancak danışan tarafından hükmü verilen (terapatik) ittifakın kalitesinin ise çok daha fazla belirleyici olduğunu buldular ($r = .65$). Bunun tersi olarak, terapistin eksiksiz olarak yürüttüğünü söylediği uygulamanın böyle olup olmamasının (tedavi kılavuzlarındaki

"katkısız teknik") güçlü bir ittifaktan daha az önemli olduğunu (r =.44) buldular. Sonuç olarak terapatik ittifakın kurulması terapinin nihai başarısının anahtarıdır.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Son 20 yıllık bir süreçte psikoterapi araştırmalarındaki düşüncelerin öncüleri tedavi yaklaşımlarındaki ortak noktalara b[illegible]a başladılar (ör. Prochaska ve Norcross, 2002; Ehrenreich, Fairholme, Buzzella, [illegible]ard ve Barlow, 2007), oysaki terapiler yöntemleri geliştikleri ilk 50 yılda ters yöne gitmişlerdi, yeni yaklaşımlar yaratmak gibi (ya da en azından yeni veya değişik görünen yaklaşımlar). Biz terapilerin birleşmesine doğru giden akımı memnuniyetle karşılıyoruz; çünkü büyük olasılıkla tedavinin etkililiğini, hastanın yararını artıracaktır. Bunun yanında ilkeciliğin ve terapi araştırmacılarının ve terapistlerin içlerindeki kavgaların azaltılmasını sağlayacaktır. Hâlihazırdaki klinik psikoloji bölümü öğrencileri birleşik yaklaşımları daha çok duyacaklar ve büyük olasılıkla bu akımın sinerjisi ve uygunluğundan zevk alacaklardır.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Bağlar (Bonds)
Cesaretlendirme (Encouragement)
Danışan merkezli tedavi (Client-centered treatment)
Direnç (Resistance)
Duygusal destek (Emotional support)
Duygusal farkındalığın seviyeleri (Levels of emotional awareness (EA))
Empati (Empathy)
Genç, Çekici, Konuşkan, Zeki, Başarılı (GÇ-KZB) danışanlar (Young, Attractive verbal, Inteligent and Succesful (YAVIS) client)
Gerekçeyi sunmak (Offering of a rationale)
Görevler (Tasks)
Hedefler (Goals)
Kendini açmak (Self-disclosure)
Kültürel yeterlilik (Cultural competence)
Makro beceriler (Macroskills)
Mikro beceriler (Microskills)
Normalleştirme (Normalization)
Örüntünün farkına varmak (Pattern recognition)
Spesifik olmayan yararlar (Nonspecific benefits)
Terapötik ittifak (Therapeutic alliance)
Umutlandırma (Provision of hope)
Vaka kavramsallaştırılması (Case conceptualization)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Hangi terapist niteliği terapinin etkililiği için gereklidir?
2. Farklı terapiler hakikaten o kadar farklı mıdırlar?
3. Tedavinin etkili olması için ne kadar eğitim gereklidir?
4. Bir davranışın uzun süreli olarak değişmesi için ne kadar tedavi gereklidir?
5. Psikoterapi nedir?
6. Hangi konular büyük olasılıkla psikoterapide ortaya çıkar?

♦ KAYNAKÇA

Alberts, G., & Edelstein, B. (1990). Therapist training: A critical review of skill training studies. *Clinical Psychology Review, 10,* 497–511.

Bedics, J. D., Henry, W. P., & Adkins, D. C. (2005). The therapeutic process as a predictor of change in patients' important relationships during time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 42,* 279–284.

Binder, J. L. (1993). Observations on the training of therapists in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 30,* 592–598.

Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 16,* 252–260.

Bowman, M. (2000). The diversity of diversity: Canadian-American differences and their implications for clinical training and APA accreditation. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 41,* 230–243.

Brown, R. D. (1970). Experienced and inexperienced counselors' first impressions of clients and case outcomes: Are first impressions lasting? *Journal of Counseling Psychology, 17,* 550–558.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: John Wiley & Sons.

Cullari, S. (1998). *Foundations of clinical psychology.* Boston: Allyn & Bacon.

Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin, 86,* 80–92.

Egan, G. (1986). *The skilled helper* (3rd ed.). California: Brooks/Cole.

Egan, G. (1998). *The skilled helper—A problem management approach to helping* (6th ed.). Monterey: Brooks/Cole.

Ehrenreich, J. T., Fairholme, C., Buzzella, B., Ellard, K., & Barlow, D. H. (2007). The role of emotion in psychological therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14,* 423–429.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing.* Baltimore: Johns Hopkins Press.

Garfield, S. L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & Bergin A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 191–232). New York: John Wiley & Sons.

Golden, C. A. (1997). Impact of psychotherapy. Does it affect frequency of visits to family physicians? *Canadian Family Physician, 43,* 1098–1102.

Gomez-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 1023–1035.

Gurin, G. veroff, J., & Feld, S. (1960). *Americans view their mental health—A nationwide interview survey* (1st ed.). New York: Basic Books, Inc.

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 329–337.

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56,* 163–173.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). London: Oxford University Press.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 561–573.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 139–149.

Huitt, W., & Hummel, J. (2003). Piaget's theory of cognitive development. *Educational psychology interactive.* Valdosta, GA: Valdosta State University.

Johnson, L. N., & Ketring, S. A. (2006). The therapy alliance: A moderator in therapy outcome for families dealing with child abuse and neglect. *Journal of Marital and Family Therapy, 32,* 345–354.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6,* 67–79.

Kazantzis, N., Deane, F. P., & Roman, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7,* 189–202.

Kendjelic, E. M., & Eells, T. D. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44,* 66–77.

Kupfersmid, J., & Fiola, M. (1991). Comparison of EPPP scores among graduates of varying psychology programs. *American Psychologist, 46,* 534–535.

Lane, R. D., Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness—A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144,* 133–143.

Linden, W., & Satin, J. R. (2007). Avoidable pitfalls in behavioral medicine outcome research. *Annals of Behavioral Medicine, 33,* 143–147.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48,* 1181–1209.

Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5,* 260–271.

Luborsky, I., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1,* 53–65.

Marton, K. I. (2002). Brief training in CBT for primary care physicians doesn't improve patient outcomes. *Journal Watch (General), June 4,* 2002.

McGaha, S., & Minder, C. (1993). Factors influencing performance on the examination for professional practice in psychology (EPPP). *Professional Psychology: Research and Practice, 24,* 107–109.

Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W. C., & LaFramboise, T. (2005). State of the science on psychological interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 113–142.

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 1–27.

Nietzel, M. T., & Fisher, S. G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin, 89*, 555–565.

Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Paniagua, F. A. (1998). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (2nd ed). Thousand Oaks: Sage.

Pearce, J. W., LeBow, M. D., & Orchard, J. (1981). Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 236–244.

Peterson, D. R. (1982). Origins and development of the Doctor of Psychology concept. In G. R. Caddy, Rimm, D. C., Watson, H., & Johnson, J. H. (Eds.), *Educating professional psychologists* (pp. 19–38). New Brunswick, NJ: Transaction Books.

Peterson, D. R. (2003). Unintended consequences: Ventures and misadventures in the education of professional psychologists. *American Psychologist, 58*, 791–800.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Belmont: Brooks/Cole.

Raimy, V. C. (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist, 50*, 965–974.

Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 182–196.

Strupp, H. H. (1996). Lasting lessons from psychotherapy practice and research *Psychotherapeut, 41*, 84–87.

Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 431–433.

Sue, S. (1999). Science, ethnicity, and bias: Where have we gone wrong? *American Psychologist, 54*, 1070–1077.

Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 20*, 64–89.

Teramoto, P. J., Edwards, L. M., Lopez, S. J. (2008). Working with multiracial clients in therapy: Bridging theory, research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 192–201.

Wampold, B. E., & Brown, J. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalist study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914–923.

Wiesenfeld, A. R., & Weis, H. M. (1979). Hairdressers and helping: Influencing the behavior of informal caregivers. *Professional Psychology, 10*, 786–792.

Yu, L. M., Rinaldi, S. A., Templer, D. I., Colbert, L. A., Siscoe, K., & Van Patten, K. (1997). Scores on the examination for professional practice in psychology as a function of the attributes of clinical psychology graduate programs. *Psychological Science, 8*, 340–350.

11. BÖLÜM

PSİKOTERAPİLER I*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölüm birbiriyle alakalı olan ve diğerlerinden oldukça farklılaşan üç büyük psikoterapi yaklaşımını incelemektedir. Bu yaklaşımlar veya konular tarihsel çekiciliği olan ve psikolojik terapilerin gelişimini ciddi ölçüde şekillendirmiş yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar üzerinde çok fazla araştırma ve teori geliştirme çalışması yapılmıştır ve her biri klinik psikologlar için anlamlı ve orijinal yönelimli olarak kabul edilmiştir. Bu yaklaşımlar önemli olmaları nedeniyle, onları süre sınırlı yapıda terapi olarak görme girişimlerine direnmiş ve psikolojik tedavinin merkezi bir odak noktası olmaya devam etmektedirler. Bu üç alan: psikanaliz ve psikanalitik terapiler, danışan odaklı terapi ve sistem terapileridir.

PSİKANALİZ

Bu bölümde konuşma terapisinin en erken bazı formlarını ve bunun peşi sıra gelen gelişmeleri ve psikolojik teori ve psikoterapinin bu geniş alanının evrimini tanımlanacaktır. Bu alan psikanaliz olarak bilinir ve geçen yüzyılın başlarında Sigmund Freud tarafından geliştirilen **klasik psikanalizi** kapsadığı kadar geçen on yıllar zarfında geliştirilen sayısız psikanalitik psikoterapileri de kapsar. Zaman zaman, sıklıkla akla gelen yanlış varsayımları açıklığa kavuşturmak için psikanalitik teorinin bileşenlerini anlatmamıza rağmen, öğrencilerin psikanalitik teoriler konusunda kişilik psikolojisi veya motivasyon gibi derslerden belli bir ölçüde bilgiye ve fikre sahip olduğu varsayılmıştır.

Terminoloji

Psikanalitik teori ve tedavi gibi geniş bir konudaki terimlerle ilgili olarak sıklıkla kafa karışıklığı yaşanır. Örneğin, "psikodinamik" veya "psikanalitik" terimleri neredeyse birbirinin yerine kullanılır hâle gelmiştir ve bu durum teori ve tedavinin bu geniş alanını yeni öğrenmeye ve anlamaya çalışanlar arasında yanlış anlamalara yol açmaktadır.

---

* Çevirenler: Dr. Alper ENGELER (s. 227-249)
Uzm. Sosyal Psikolog Petek AKMAN (s. 249-269)

"Psikodinamik" terimi, normal ve uyumsuz insan davranışı modellerin in yanı sıra tedavi modellerine de atıfta bulunan geniş bir terimdir. Psikodinamik modellerde, davranışın belirleyicilerinin birincil olarak kişilik karakteristiklerinin başlıca şekillendiricileri olan bilinçaltı güdüler (motiv), duygular veya dürtüler olduğu düşünülür. Bu karakteristikler birbiriyle etkileşir ve bazen birbiriyle çatışır veya ters düşerler. Yani, kişiliğin alt bileşenleri arasında dinamik bir etkileşim vardır ve bir kişiyi ve onun sıkıntılarını anlamak için klinik psikolog bu dinamik etkileşimi anlamalıdır. Daha genel olarak, psikodinamik modeller ve/veya terapiler davranışın içsel dürtü veya güdülerine odaklanmaktadırlar. Bu dürtü ve güdüler genellikle kişinin farkındalığının dışında olarak düşünülür ve açık veya örtük davranışa yol açarlar veya psikopatoloji durumlarında olduğu gibi, uyumsuzluğun işaret ve semptomlarına dönüşürler. **Psikanaliz** ilk olarak Sigmund Freud tarafından geliştirilen ve sıklıkla kapsamlı olarak diğer birçok psikanalitik teorisyen tarafından değiştirilen geniş ve kapsamlı psikodinamik perspektife atıfta bulunur. Meseleyi daha da karmaşık hâle getirmek gerekirse Freud tarafından geliştirilen başlıca tedavi yöntemi (ve yine diğerlerinin değiştirdiği) teori de psikanaliz olarak adlandırılır. Bizler bu bölümde Freud tarafından geliştirilen geleneksel psikanalitik tedaviyi anlatmak için "klasik psikanaliz" ifadesini kullanacağız. Burada psikanalitik düşünceden türeyen tedavilerin kısa bir özetini bulacaksınız. Bu tip tedaviler bu bölümün sonlarında daha ayrıntılı olarak tartışılacaktır.

Klasik psikanaliz bilinç dışı ve temel olarak cinsel yapıdaki doğuştan, içsel ve biyolojik dürtülere odaklanan psikodinamik bir tedavidir. Kariyerinin sonlarında Freud bilinç dışı saldırgan güdülerin de davranışı etkilemede önemli olduğunu belirtmiştir (Scharf, 2000). Bu dürtülerin hem normal hem de patolojik kişilik gelişimini etkiledikleri düşünülür. Bu perspektiften türetilen tedavi tipik olarak uzun sürelidir (mesela sıklıkla birkaç yıl) ve yoğundur (mesela haftada birkaç kez).

Psikanalitik psikoterapiler (bizler "psikanalitik terimini kullanmamıza rağmen aslen psikodinamik terapiler veya dinamik terapiler olarak bilinmektedirler) Freud'un ve onu izleyenlerin fikrini değiştiren veya rafine eden (sıklıkla yoğun bir şekilde) psikanalitik kökenli teorisyenler tarafından geliştirilmiştir. Örneğin, biyolojik itkiler (dürtü) psikanalizin erken dönem modellerini karakterize etmesine rağmen, Freud'un öğrencileri (mesela Harry Stack Sullivan, John Bowlby) oldukça hızlı bir şekilde, biyolojik kökenli cinsel veya saldırgan dürtülerden ziyade, *kişiler arası ihtiyaçları ve dürtüleri vurgulamışlardır* (Corsini ve Wedding, 2005). Bu kişiler arası tarzların ebeveyn(ler)le, aileyle veya akranlarla erken çocukluk dönemindeki ilişkilerden, kendilik ve kimlik gelişimini içeren süreçlerden, davranışın güdüleyicisi çevreye uyum sağlamaktan kaynaklandığı düşünülmekteydi. Birbirinden farklı bilinçaltı süreçlere odaklanmaya ek olarak, bu modellerden türeyen psikodinamik psikoterapiler psikanalizin süresinden daha kısa olma eğilimindeydiler (mesela aşağı yukarı bir yıl veya daha az gibi), terapistler daha aktif ve yönlendiriciydiler. Bazı psikanalitik psikoterapiler süre limitliydi, kısa (12 seans gibi) ve davranışın belli bir alt bileşenine odaklanmaktaydı. Bunlar genellikle **kısa süreli dinamik psikoterapiler** olarak anılmaktadırlar.

Bütün psikanalitik tedaviler *dürtülerin bilinç dışı yapısını* vurgularlar ve genellikle normal ve anormal kişiliğin ve psikopatolojinin gelişimini etkileyen veya belirleyen dürtülere odaklanırlar. Psikanalitik tedavi, ister klasik psikanaliz isterse psikanalitik psikoterapi olsun, bilinç dışı süreçlere veya bilgiye ulaşmayı gerektirir. Bu şekilde, kişinin davra-

nışlarının üzerindeki etkilerden kişi haberdar olur ve değişiklikleri yaparak uyum sağlar. Bu bölüm boyunca bizler "psikanalitik tedavi" psikodinamik ilkeleri kullanan –klasik psikanaliz veya psikanalitik psikoterapi– herhangi bir tedaviyi tanımlamakta kullanacağız.

PSİKANALİZ VE PSİKODİNAMİK TEDAVİ NE KADAR YAYGINDIR?

Yazarlardan birinin (PLH) deneyimine göre sayısız akademik psikoloji ve diğer bölümlerde, öğrencilere psikanalitik düşünce, klinik çalışma ve araştırmanın dinozorlarla birlikte yok olduğu öğretilmektedir. Psikanalitik düşünce, o da eğer öğretilirse sadece tarihi perspektiften öğretilir (mesela sadece Freud öğretilir), bu nedenle birçok öğrenci, bu tedavi modellerinin demode, gelişmeyen ve günümüzde kullanılmayan yöntemler olduğunu düşünür (bk. Bornstein, 1988, 2005; Hogan, 1994). Gerçekten, yazarın lisansüstü klinik psikoloji öğrencilerinden biri şöyle demişti: "Bana lisans yıllarım esnasında psikanalitik tedavi için deneysel bir geçerliğin olmadığı öğretildiği gibi, temel olarak pek de kullanılmadıkları, araştırmayla desteklenemediklerinden veya etkisiz olmaları nedeniyle tedavi seçenekleri arasında olmadıkları da belirtilmişti." (H. Roxborough, Kişisel iletişim, 2008).

Psikanalitik teoriyi ve tedaviyi eskimiş veya gelişmeyen bir şekilde tanımlamak açıkçası bu alanın doğru bir resmini vermemektedir. Aslında, Gabbard'ın (2005) belirlediği gibi psikanalitik psikoterapi ve yaklaşımlar en sık kullanılan psikoterapi formlarından biridir (Ayrıca bk. Sharf, 2000). Örneğin, Jensen, Bergin ve Greaves (1990) klinik oryantasyonunu eklektik (şimdilerde bütünleyici olarak bilinmektedir) olarak tanımlayan 423 klinik psikoloğun katıldığı çalışmalarında, katılımcıların eklektik yaklaşımlarını en çok belirleyen bakış açısını psikodinamik olarak seçtiğini belirtmektedirler. Ayrıca Norcross, Hedges ve Castle (2002) klinik psikologlar tarafından psikodinamik bakış açısının en sık kullanılan ikinci (birincisi eklektiktir) teorik perspektif olduğunu ortaya koyan veriler sunmuşlardır.

Psikanalitik tedavileri uygulayan mesleki organizasyonlar söz konusu olduğunda, Uluslararası Psikanaliz Birliğinden bahsetmek gerekir (IPA). IPA psikanalizi düzenleyen ve akredite eden dünyanın başlıca kurumudur ve hastalara yardımcı olmak için psikanalizin gelişiminde sürekli eğitimlere odaklanmaktadır. IPA 33 ülkede 70 bağlantılı kurumla çalışmakta ve bunları da düzenlemektedir (bk. http: //www.ipa.org.uk). Bunun dışında, Avrupa Psikanalitik Federasyonunun 22 ülkeden 4600 üyesi bulunmaktadır; Amerikan Psikanaliz Birliği Birleşik Devletler, Kanada, İngiltere'den ve Birleşik Krallık ve Avrupa'dan sayısız ülkeden 38 bağlantılı topluluğu ve ulusal psikoloji birliklerini bünyesinde barındırmaktadır. Bu birlikler ve kurumlar psikanalitik terapi ve psikanaliz konusunda araştırma ve tedaviyle ilgilenen birimlere sahiptirler. Bu birimlerin birçoğu özel olarak psikodinamik perspektif açısından tedavi ve araştırma konularına adanmış bilimsel dergiler yayınlamaktadırlar. Gerçekten de, bilimsel veri tabanlarındaki incelemeler günümüzde psikanalitik ve psikodinamik perspektife sahip 60 hakemli derginin olduğunu ortaya koymaktadır. Son olarak, eğitim kurumları söz konusu olduğunda, Kuzey Amerika, İngiltere ve Avrupa'da klinik psikologları ve diğer ruh sağlığı uzmanlarını psikanalitik ve psikodinamik modellere göre yetiştiren yüzlerce program olduğunu belirtmeliyiz. Örneğin, Birleşik Devletler'de

Psikanalitik eğitim veren 90 akredite eğitim kurumu bulunmaktadır (bk. http://www.div39outreach.org/). Bu ülkelerde büyük sayılarda staj (internship) merkezi psikanalitik tedavide rotasyon imkânı sunmaktadır.

Okuyucu psikanaliz ve psikodinamik psikoterapinin gelişmeyen ve demode bir alan olmaktan çok uzak olduğunu, tam tersine araştırma, teori gelişimi ve tedavi konularında yıllar içinde gelişmekte olan bir alan olduğunu kavramış olmalıdır. Tedavi etkililiği, psikanalitik tedavinin etkililiğinin gözden geçirilmesi ve psikanalitik psikoterapi konusunda literatürde çıkmış olan yayınların meta-analizi gibi konular üzerinde gittikçe daha fazla çalışma yapılmaktadır (Gibbons, Crits-Christoph ve Hearon, 2009; Leichsenring ve Rabung, 2008; Levy ve Ablon, 2009; Shedler, 2010). Bu çalışmalar "görgül olarak desteklenmiş tedavi" (APA Kanıt Temelli Uygulama için Çalışma Birimi, 2006; Chambless ve Hollon, 1998) sıfatı için gerekli kriterlerin de karşılanmasını sağlamaktadır. Dahası, psikanalitik teorinin sıklıkla görgül kanıtlardan yoksunmuş veya başlıca kavramlarını görgül kanıtlarla ortaya koymaya ilgisizmiş gibi gösterilmesine rağmen, çok büyük sayıda çalışmanın aslında psikanalitik kavramlara yönelik olduğu görülmektedir (mesela Bornstein ve Masling, 1998; Masling,1986, 1990). Gerçekten Dr. Joseph Masling yıllar içinde psikanalitik teorinin görgül statüsüyle ilgili araştırmaları içeren en azından 8 ciltlik bir dizi kitabın editörlüğünü yapmıştır. Bu alanda iyi bilinen ve çok tartışılan örneklerden biri Silverman'ın (1976, 1985) katılımcıların bilinçaltı arzularının *subliminal* (yani, bilgi farkındalık eşiğinin altında kalacak şekilde sunulur) uyarımlar ile uyarılması konusunu işleyen araştırmasıdır. Bu çalışmada, "Psikanalitik teoriye göre davranışın güdülenmesinde önemli rol oynayan bilinçaltı istekler, endişeler ve fantazilerle alakalı içerik taşıyan sözel mesajlar ve/veya resimler deneysel uyaran, göreli olarak nötral sözel veya resimsel içerikleri kapsayan uyaran, kontrol uyaranıdır. Çeşitli laboratuvarlarda yürütülen ... altmıştan çok çalışmada, deneyciler psikodinamik deneysel uyaranın subliminal olarak verilmesinin, davranışı kontrol uyaranının etkilemediği şekilde etkilediğini bildirdiler" (Silverman, 1985, s. 640). Etkilenen davranış psikanalitik teoriye göre yapılan kestirimlerle uyum içindedir.

PSİKANALİTİK TEDAVİNİN BİRİNCİL VARSAYIM VE İLKELERİ

Psikanalitik perspektifler ve tedaviler arasında bazı farklılıklar olmasına rağmen, çoğunluğunun dayandığı birkaç temel özellik bulunmaktadır. Psikanalitik düşüncenin temelini oluşturan bu varsayımlar aşağıda sıralanmıştır.

1. Psikopatoloji ve onun semptomları kişinin kişilik ve karakterinden kaynaklanır ve onun bir parçasıdır. Davranışın kişinin kişilik ve karakterinden kaynaklandığı kavramı önemlidir ve bu kavram **Ruhsal determinizm** (karalılık) olarak bilinir. Bu kavrama göre psikolojik olaylar (mesela semptomlar, savunmalar ve benzeri şeyler) birbiriyle ve bireyin geçmişiyle nedensel açıdan ilişkilidir ve bu psikolojik olaylar kişi açısından bir hedefe hizmet eder ve amaç yönelimlidir. Yani, kişinin yaşadığı psikolojik sıkıntıları anlamak ve tedavi etmek için kişiyi ve onun kendine özgü,

KUTU 11.1

YENİDEN İSİMLENDİRME VE YENİDEN KEŞFETME

Psikanalizin gerçekte aktif ve canlı olmasına rağmen bazıları tarafından aktif olmayan ve ölü olarak görülmesinin muhtemel birkaç nedeni vardır (Shedler, 2006). Bornstein'e ait bir makalede (2005) bir yandan psikanaliz ve psikanalitik tedavinin statüsünün akademik ortamlarda nasıl düştüğü diğer yandan psikanalitik teoriden türeyen fikirlerin, hipotezlerin ve modellerin, sıklıkla çalışmanın kaynaklandığı fikirlere az atıf yapılarak veya bahsedilerek nasıl çalışıldığı, desteklendiği ve çağdaş psikolojiye aşılandığı tasvir edilmiştir (Silverman, 1976, 1985). Örneğin, Bornstein sayısız psikanalitik kavramın yeniden isimlendirildiğini ve yeni isimle yeni kavramlar olarak kabul edildiklerini ve orijinal fikirlerin kaynağından pek bahsedilmediğini belirtir. Verdiği liste aşağıda sunulmuştur (Bornstein, 2005, s. 327):

Psikanalitik kavram[a]	**Revizyon veya yeniden keşfetme**
Bilinç dışı hafıza (1900/1953a)	İfade edilemeyen (örtük) hafıza (Schacter, 1987)
Birincil Süreç düşüncesi (1900/1953a)	Yayılan aktivasyon (Collins ve Loftus, 1975)
Nesne temsili (1905/1953b)	Kişi şeması (Neisser, 1976)
Bastırma (represyon) (1910/1957a)	Bilişsel kaçınma (Beck, 1976)
Önbilinçli süreçler (1915/1957b)	Dikkat öncesi süreçler (Treisman, 1969)
Parapraxis (edim hataları) (1916/1963)	Hatırlama hatası (Tulving, 1983)
Abreaksiyon (1916/1963)	Yeniden bütünleştirme (Bower ve Glass, 1976)
Tekrarlama Kompulsiyonu (1920/1955)	Nükleer metin (Tomkins, 1979)
EGO (1923/1961)	Merkezi idareci (Baddley, 1992)
Ego savunması (1926/1959)	Savunmacı yükleme (Lerner ve Miller, 1978)

[a]Orjinal Freudyen kaynaklar önce orijinal yayın yılı sonra Hogarth Press tarafından yayımlanan *Standart Basım* tarihine göre belirtilmiştir.

Bornstein (2005)'in izniyle yeniden basılmıştır.

benzersiz kişiliğini ve karakter yapısını ve kişilik ve karakterinin gelişimi üzerindeki etkileri anlamak için oldukça bütünleştirici (holistik) yaklaşım benimsenmelidir. Hastayı ve hastanın problemlerini bütün olarak ve kendine özgü, ayrıksı ve dinamik sistem olarak anlamaya çalışmaya bir vurgu bulunmaktadır (Magnavita, 2008). Bölüm 5'te anlatıldığı gibi semptomların kendisinden ziyade semptomları ortaya çıkaran altta yatan nedenleri değiştirmeye odaklanılır. Dahası, **yerdeş semptom** (semptom substitusyon) kavramı altta yatan ve bilinçli olmayan dürtü veya çatışmaların semptomlar olarak ortaya çıkacağı fikrini yansıtır. Demek ki, semptomlar altta yatan dürtülerin ifadesi olarak değerlendirilmektedir.

2. Normal veya psikopatolojik kişilik gelişiminde çocukluk ve erken çocukluk ilişkilerine önem verilmektedir. Erken çocukluk ilişkileri birincil bakıcıyla olan ilişkiyi kapsadığı gibi, diğer aile üyelerini, akranları ve diğerlerini de kapsar. Bir kimsenin yaşadığı psikolojik sıkıntılar nedeniyle ebeveynlerin suçlanmaması gerektiğini anlamak önemlidir. Çocuğun mizacı ve kişiliği ile ebeveynin kişiliğinin ve çevresel etkenlerin etkileşiminin hepsinin, kişiliğin ve psikolojik sıkıntıların uyumlu veya uyumsuz yönlerinin gelişiminde rol oynadığı düşünülür. Bu varsayımla ilgili olan kavrama, **Genetik İlkesi** adı verilir (bk. Corsini ve Wedding, 2005). Bu ilke geçmişin şimdiki zihinsel (mental) faaliyet üzerine baskın ve devamlı etkisini belirtir. Geçmiş şimdide ve şimdiki düşünce, davranış ve duygularda ifade edilir. Şimdiki ilişkilerde görülen örüntüler veya yapılanma diğerleriyle olan problemli etkileşimlerin tekrarlanması suretiyle olur. Bu konuyu daha iyi açıklamak için bir örnek verilebilir: mesela hepsi birbirine benzeyen bir dizi yakın partneri olan insanları bilirsiniz. Bu kişi biriyle yakınlaşır, ilişkiyi tatmin edici olmadığından sonlandırır, başka biriyle yeni bir ilişkiye başlar, bu yeni kişi de bir öncekinin tıpa tıp aynısıdır. Bu genel olarak, kişiler arası senaryoların tekrarlanması fikrinin psikanalitik düşüncede önemli olduğunu ortaya koyar. Ancak bu tip yapılanmalar burada verilen örnekte sıklıkla daha belirsizdir.

3. Ne davranışlarımızın ne de davranışlarımızı yönlendiren etmenlerin farkında olmadığımız düşünülür. Bu etmenler, çatışmalar, örüntüler ve dürtüler otomatik olarak farkına varamadığımız belli karakteristik ve tekrarlayıcı şekilde davranmaya iter. Bilinçlilik seviyelerinin **bilinç dışı**ndan (farkında olmadığımız materyal) ve **önbilinç**ten (şu anda farkında olmadığımız ama kolaylıkla farkında olabileceğimiz materyal) **bilinc**e (şu anda farkında olduğumuz materyal) doğru tabakalar hâlinde olduğunu ifade eden bu kavram **topografik teori** veya **model** olarak bilinir. Farklı seviyelerdeki materyale farklı derecelerde ulaşılabilir. Tedavinin amacı bilinç dışındaki materyali aydınlatmak, bilinçli hâle getirmek, davranışın altında yatan bilinç dışı etkiler konusunda kişiye farkındalık kazandırmaktır. İnsanların bilinç dışı etkilerin farkına varmalarını sağlamak kolay değildir, çünkü hasta sıklıkla rezistans (direnç) gösterir. Bunun nedeni bilinç dışı materyalin sıklıkla korkutucu ve endişe yaratan nitelikte olmasıdır.

Örneğin, "Ne demeye ben böyle bir şey söyleyeyim (veya yapayım), ben böyle laflar söylemem" diyerek biriyle konuşmanıza son verdiğinizi ve çekip gittiğinizi düşünelim. Böyle bir durumda psikanalitik perspektife göre sizin tarafınızdan o anda algılanamayan bir şey yaptığınız ve bunun bir nedeni olduğu çıkarsanır. Bu kolaylıkla aşikâr hâle gelmez ve biraz derin düşünmeyle sözü veya eylemi bir dereceye kadar anlayabilirsiniz.

4. Duygular ve heyecanlar (emosyonlar) psikanalitik teori ve tedavi yaklaşımlarında önemli yer tutar. Örneğin, erken dönem psikanalitik yazılarda kaygının (anksiyetenin) farklı türlerine büyük önem verilirdi. Kaygı içseldir ve kişiliğin alt bileşenleri arasındaki çatışmadan kaynaklanmaktadır. Kaygı hâlâ önemli bir duygulanım (affect) olarak görülmesine rağmen utanç, öfke, depresyon, ümitsizlik, suçluluk ve duygusal küntleşme gibi duygular da yüksek derecede alakalı görünmektedir (Tasca, Mikail ve

Hewitt, 2005). Bir duygunun önemli bir karakteristiği hafıza, unutma ve dikkat veya konsantrasyon dahil olmak üzere kişinin işlevselliğini sağlayan bilişsel ögelerle bir bağ kurmasıdır (Bower, 1981). Duygulanımın kullanımı kişinin psikolojik sıkıntılarını tedavi etme ve anlamayla alakalı olabilen bilinçaltı materyale ulaşma imkânı sağlar. Bu bize kişiliğin dinamiklerini veya psişe veya zihnin içindeki güçler ve bileşenlerin etkileşimi konusunda bir örnek verir. Üstelik, kişiliğin dinamiklerinin psişik gerekirciliği (determinizm) yansıttığı düşünülür. Bunun anlamı tüm davranışların sıklıkla bilinç dışı güçler tarafından yönlendirilen bir anlamı, amacı ve hedefi olduğudur. Örneğin, bir kimsenin semptomları, bir eş veya hayat arkadaşı seçimi, kariyer seçimi veya ilgi alanlarının hepsi önceden belirlenmiştir ve kişiliğin karakteristik ve dinamikleriyle uyumludur.

5. Kişinin kendiyle ve başkalarıyla ilişki kurma biçimi ve stili psikanalitik tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu konu özellikle daha yakın zamanlardaki psikanalitik düşünce tarafından vurgulanmıştır ve bireylerin ilişki stillerini hayatın erken dönemlerinde geliştirdiğini belirtir. Sıklıkla birincil bakıcı ile olan ilişkinin çok kuvvetli bir etkisi vardır. Bu ilişki stilleri uyum sağlamaya yönelik olabilir veya birey için güçlükler çıkarabilir. Bu ilişki stillerinin bireyin şimdiki ilişkilerinde kendini gösterdiğine inanılır. Üstelik bireyler diğerlerine geçmişte kurdukları ilişkilerdekine benzer tarzda davranırlar. Bu kavram transferans (aktarım) olarak tanımlanır. Transferans, hastaların terapiste karşı sanki geçmişlerindeki birine veya birilerine karşı davrandıkları gibi davranmalarıdır. Öğrenciler tipik olarak transferans ve psikoterapide transferans tepkilerini duymuşlardır ancak bu tip tepkiler çoğu insan için diğer insanlar arası ilişkilerde de ortaya çıkar. Aslında, terapistin kendisi de hastaya karşı transfreans reaksiyonları gösterebilir (mesela terapistin hastaya sanki terapistin geçmişinde karşılaştığı biriymiş gibi davranması). Bu tip tepkiye de kontur transferans (karşıt aktarım) adı verilir.

PSİKANALİTİK TERAPİNİN GELİŞİMİ

Geçtiğimiz yüzyılda psikanalitik teoriler inanılmaz ölçüde gelişim gösterdiler. Arlow'dan bir alıntı şunu ortaya koyar: "Freud'un 1939'da ölümünden beri psikanalizin geçirdiği değişimin derecesini kavramak neredeyse imkânsızdır... ruhsal hastalığın tedavisi ve nedenleri hakkında birbirinden farklı ve rekabet hâlinde olan o kadar çok sayıda teori vardır ki, bu nedenle Wallerstein (1988) bir tane yerine pek çok psikanalizin tanınması gerektiğini söylemiştir." (s. 25).

Psikanalitik teoriler geliştikçe ve on yıllar zarfında dallara ayrıldıkça, birbirinden farklı psikanalitik tedaviler gelişti ve çeşitlendi; sonraki psikanalitik teorisyenler Freud'un teorilerinin birçok bileşenini genişletti, revize etti veya yeniledi. İşin içine giren teorisyenlere bağlı olarak psikanalitik teoriler birçok yöne sapmasına rağmen, biz burada psikanaliz içindeki başlıca çağdaş tedavi okullarının temsilcisi olan bazı teorik bileşenleri tanımlayacağız. Psikanalitik düşüncedeki bu farklı yaklaşımlar tedavideki seçim için bir model ve gerekçe temin eder. Diğer bir deyimle, bu görüşlerin her biri uyumsuz davranışın altında farklı süreçlerin veya güçlerin olduğunu kabul eder ve her biri de tedavide bu farklı süreçlere odaklanır.

Klasik psikanalizle başlayacağız. Klasik psikanaliz, ilk psikodinamik tedavilerden biridir. Viyanalı bir nörolog olan Sigmund Freud tarafından 1800'lerin sonu ile 1900'lerin başlarında kendi psikanalitik teorisine dayanılarak geliştirilmiştir. Çalışmanın odak noktasını Freud'un "histerik nevrozları" tedavisi oluşturmaktaydı. Histerik nevrozlara konversiyon bozuklukları da denmektedir. Bunlar kendini nörolojik problemler gibi ortaya koyan semptomları içerir, ama bu semptomları açıklayacak fizyolojik temel bulunamaz. Klasik psikanaliz Freud'un teorik perspektifinden türemekteydi ve bu teori yoğun bir şekilde biyolojik dürtülere, özel olarak cinsel ve saldırganca dürtülere, davranışın bilinç dışı güdüleyicilerine ve semptomların nedenlerine ve kişilik problemlerine yer vermekteydi. Meselenin içindeki süreçleri anlayabilmek için, Freud kişilik yapılarından oluşan (şahsiyet tabakaları olarak da bilinir) bir kişilik modeli önerdi. Biyolojik dürtüler ve dürtüler **ID**'den gelir; bu katman kişiliğin tamamen bilinç dışında olan bir parçasıdır ve içgüdüsel dürtüler için enerji kaynağıdır. Bu dürtüler bir ifade yolu ararlar ve dürtüler ortaya çıkabilirler, ama bunların ifadesi uygunsuz olarak kabul ediliyorsa "bir anksiyete durumu" yaratırlar. Hem EGO (kişiliğin hayatta kalma ve kendini korumaya odaklanan ve dış dünya ve realite ile ilişki kuran tabakası) ve SÜPER EGO (kişiliğin ahlaki, vicdani, toplumsal kuralları dikkate alan ve ideal amaçlarla ilgilenen bölümü) hem dürtüleri hem de anksiyeteyi bastırmaya ve kontrol altına almaya çalışır.[1] Bu bir çatışma durumu yaratır. Bu dürtüler ve çatışma durumu sıklıkla nevrotik semptomlara veya kişilik problemlerine dönüşür. Ayrıca, zihnin[2] bilinç dışı kısmının geçmiş travmaları barındırdığı kabul edilir, bunlar ya gerçek ya da sembolik travmalardır. Bunlar rahatsız edici ve kabul edilemez tarzda olduklarından bilinç dışına itilirler.

Tedavi bilinç dışındaki bu dürtü ve travmaları bilinçli hâle getirme girişimlerini içerir. Aydınlatma sürecine eşlik eden duygular vasıtasıyla kişilik sorunları veya semptomlar ortaya çıkarılır. Bu klasik psikanalizde kullanılan birkaç teknikle sağlanır. Bu tekniklerin hepsi de bilinç dışı materyali aydınlatmayı amaçlamaktadır. Bu tekniklerden biri serbest çağrışımdır. Serbest çağrışımda hasta terapi sürecinde aklına gelen herhangi bir şey hakkında konuşmaya teşvik edilir. Bazen bu teknik ipucu mahiyetindeki kelimeler üzerinde uygulanır, bazen de düşlerin yorumlanmasında hastadan serbest çağrışım yapması istenebilir: Düşlerin (rüyaların) yorumlanmasında rüyanın sembolik yapıdaki bazı özellikleri bilinç dışı materyali aydınlatabilecek yapıdadır. Serbest çağrışım transferans durumunda da kullanılır, hasta terapistine sanki kendi geçmişinden birine davranıyormuş gibi davrandığı sürece transferans denildiğini biliyorsunuz. Önemli noktalardan biri de terapistin tedavi sürecinde bilinç dışı materyalin akışını herhangi bir şekilde etkilememesi gerektiğidir; yani, analist tipik olarak hastanın görüş alanının dışında bir yere oturur, az konuşur ve hastayı herhangi bir şekilde yönlendirmeye çalışmaz. Basit bir örnek aşağıda verilmiştir. Örnek Gabbard'dan (2004, s. 121–122) alıntılanmıştır ve rüya materyalinin psikanalitik tedavide kullanımını göstermektedir:

> Bayan N., 42 yaşında kas distrofisi hastalığı nedeniyle oğlunun ölümünden sonra psikoterapiye gelmiş bir kadındır. Tahammüllü ve kendi kederiyle yerel bir kas distrofisi organizasyonunda aktif rol alarak başa çıkmaya çalışan, başkalarına yardım etmek suretiyle oğlunun acısını hafiflettiğini belirten biriydi. Ancak, oğlundan bahsederken bazen hıçkırıklara boğuluyordu, duyguları rahatsızlık vermeye başladığında onlardan ancak bu şekilde kurtuluyordu.

---

1 Çevirenin Notu: Aslında dürtüleri kontrol eden Ego'dur; Süperego, Ego üstüne binerek işlevde bulunabilir.

2 Çevirenin Notu: Mental aygıt kastediliyor.

Terapiye geldiği günlerden birinde Bayan N. Şöyle dedi "Dün gece bir rüya gördüm. Bunun ne anlama geldiğini bilmiyorum. Oldukça kısa bir rüyaydı. Tırnak uçlarıma baktım, hepsinin kırıldığını gördüm." Terapist ona kırık tırnak imajını düşündüğünde aklına ne geldiğini sordu. Bir dakikalığına tereddüt etti ve oğlunun hayatta olduğu son günlerde, sıklıkla oğlunun yatak çarşaflarını değiştirdiğini ve bunu yaparken sık sık tırnaklarını kırdığını söyledi. Kendi oğlu ölmüşken kırılmış tırnaklara canının sıkılması gibi önemsiz bir meselenin ne kadar gülünç olduğunu düşündüğünü de ekledi. Terapisti rüyanın anlamını yorumladı ve şöyle dedi "Bir şekilde yeniden kırık tırnaklarının olduğunu görmek güzel bir şey olsa gerek, çünkü bu oğlunun hâlâ hayatta olduğunu gösterir." Hasta sessiz bir şekilde ağladı.

KLASIK PSİKANALİZİN AŞAMALARI

Klasik psikanalizin (ve psikodinamik psikoterapinin) genel olarak dört aşamadan oluştuğu düşünülür. Bu aşamaların zorunlu olarak kronolojik olarak sıralanması gerekmez ve hatta sıklıkla bu aşamalar birbiriyle örtüşürler. Dahası, klasik psikanaliz genellikle uzun süreli bir tedavi olarak görülür, özellikle ortadaki iki aşamada oldukça uzun olabilirler. Aşağıdaki aşamalar Arlow tarafından özetlenmiştir (2000):

1 **Açılış aşaması**, kişinin problemlerinin doğasını, kişinin şimdiki ve geçmiş hayat deneyimlerini mümkün olduğunca öğrenmenin yanı sıra özgeçmiş ve gelişimini de öğrenmeyi, bunun yanı sıra kişinin terapiste karşı olan davranışlarını ve kendini nasıl sunduğunu belirlemeye çalışmakla ilgilidir. Terapist gelişim ve sıkıntılarla, çatışmalarla veya kişinin anlamaya ya da değiştirmeye çalıştığı konularla ilgili temaları belirlemeye çalışır.

2 **Transferansın gelişimi aşaması**, hastanın şimdiki davranışları ile kendi geçmişinden kaynaklanan bilinç dışı materyal arasındaki bağlantıyı kurmasıyla karakterizedir.

KUTU 11.2

PSİKCTERAPİNİN KEŞFİ

Sıklıkla Sigmund Freud'un psikoterapiyi keşfettiği düşünülür. Gerçekte bu doğru değildir. Sayısız klinisyen psikolojik problemleri tedavi etmede hastayla konuşmayı içeren yöntemler kullanmışlardır. Örneğin, Corsini ve Wedding'e göre (2005), Paul Dubois (1848-1914) psikotik hastaları, onlarla konuşarak tedavi etmiştir. Pierre Janet (1859–1947) Freud çalışmalarma başlamadan önce çok iyi bilinen ve saygı duyulan bir psikoterapistti. Bunun dışında, Ellenberger (1970) 1880 ile 1910 tarihleri arasında Freud'dan önce uygulamalara başlayan dört en ünlü psikoterapistin listesini verir: Ambroise Liebeault (1823–1904); Hippolyte Bernheim (1840–1919); Auguste Forel (1848–1931); yukarıda da bahsi geçen, Paul Dubois.

Hastanın geçmişi özel olarak çocukluk dönemi, geçmiş ilişkileri hakkındaki istekleri bilinç dışı materyalin önemli kısmını oluşturmaktadır. Terapist hastanın hayatında önemli bir yer tutmaya başlar ve hasta, terapiste karşı sanki o hastanın geçmişinden biriymiş gibi çarpıtılmış bir şekilde davranmaya başlar. Hastaya, terapistin geçmişteki kişi ile aynı kişi olduğuna inanmaz ancak hasta terapistine karşı geçmişte belli kişilere davrandığı tarzda davranır ve bu şekilde ilişki kurar. Bu aşamadaki çalışmada transferansın yorumlanması yapılır. Buradaki ana fikir hastanın gerçeklik ve fantezi arasındaki farkı ayırt etmesini sağlamak, erken deneyimlerin bilinç dışı etkilerini anlamak ve problemlere neden olan veya sürdüren otomatik davranışları anlamaktır.

3. **Derinlemesine çalışma (working through)** aşaması, ikinci aşamayla çakışır ve transferans tepkilerinin yorumlanmasını, gelişim ve erken dönem ilişkileriyle alakalı erken dönem materyalinin hatırlanmasını ve bilinç dışı etkilere karşı artmış bir iç görü (insight) kazanmayı içerir.
4. Son aşama, **transferansın çözümlenmesi** aşamasıdır. Bu, tedavinin sonlanmasını temsil eder. Tipik olarak hasta ve terapist tarafından karşılıklı olarak sonlandırma tarihi belirlenir ve kayıp, bağımlılık ve terk edilme gibi konular sıklıkla gündeme gelir. Bu konularla benzer şekilde başa çıkılır (mesela, yorumlama, içgörü ve benzeri gibi) ve önemli bir ilişkiyi sonlandırma çerçevesinde değerlendirilir. Birçok tedavi yaklaşımı terapötik deneyimin sonlandırılmasına büyük önem vermezken, psikanalitik tedaviler sonlandırmayı uygun tedavide yüksek derecede anlamlı bir unsur olarak görürler.

Klasik psikanalizin altında yatan bazı kavramların (cinsel ve saldırgan dürtülerin semptomlara yol açması gibi) çok da desteklenmemesine ve birçok tekniğin de uygulanması zor olmasına rağmen, büyük miktarda fikir, teknik ve terapötik sürecin anlaşılması psikoterapi alanında hâkim eğilim olarak kalmaya devam etti ve deneysel açıdan ilgi topladı. Dahası, bu kavramları uygun şekilde uygulamaya dönüştürme gayretine de girişildi (bk. Bornstein, 2005). Millon (2004), Freud'un klasik psikanalizi tarafından yapılan başlıca dört katkıyı sıralamıştır:

1. Bilinç dışı süreçlerin ve bilinç dışının yapısının önemi,
2. Kişiliği şekillendirmede erken çocukluk dönemi deneyimlerinin rolü,
3. Ruhsal bozuklukların psikolojik tedavisi için metodoloji,
4. Kişinin problemlerini anlamada kişinin kişiliğini anlamanın önemini kabul etmek.

Magnavita (2008), klasik psikanalizin çeşitli psikolojik problemlerde baskın tedavi metodu olarak altın çağının geçtiğini söylese de, bu tip tedavinin ve klasik psikanaliz alanında eğitimin hâlâ varlığını sürdürdüğünü, arandığını, uygulandığını belirtmek gerekir (Sharf, 2000).

EGO PSİKOLOJİSİ

Klasik psikanalizin Freud ve diğerleri tarafından revize edilmesine ve geliştirilmesine rağmen, erken dönem modelinden önemli ölçüde farklılaşan önemli bir yaklaşım ortaya çıktı. Bu yaklaşım ego psikolojisi olarak bilinir. Biz bu konuyu doğrudan çocuklarla çalışmaya odaklanarak psikanalitik düşünce ve tedavide en erken revizyonlardan biri olarak anlatacağız. Anna Freud (Sigmund Freud'un kızı) ve Erik Erikson (Muhtemelen Erikson'un psikososyal gelişim dönemlerini geliştiren kişi olduğunu duymuşsunuzdur) gibi teorisyenler psikanalizin bazı konularını genişletip revize ettiler. Psikolojik sıkıntıların başlıca kaynağı olan biyolojik dürtülere ve tedavinin odağına yoğunlaşmaktan çok, ego psikolojisi egonun şimdi de hem uyumlu hem de uyumsuz olarak nasıl işlediğine yoğunlaşır. İçinde bulunulan andaki ilişkilerin ve diğerleriyle kurulan ilişki şekillerinin önemine vurgu yapıldığı gibi, hem yetişkinlik hem de çocukluk döneminde gelişimsel aşamalar ve davranışı etkileyen bilinçli ve bilinç dışı süreçler üzerinde de durulmaktaydı. Modelle uyumlu olarak geçmiş ilişkilere odaklanmaktan çok, tedavi hem şimdiki ilişkilere hem de psikolojik savunmaları ve bu psikolojik savunmaların altında yatan anksiyeteyi gözlemlemek ve anlamaya çalışmak amacıyla terapi sürecinin kendisine odaklanmaktaydı.

Ego psikolojisi **İD, EGO ve SÜPER EGO**'ya ve bu üç yapının çatışmalarından oluşan yapısal modele dayanmaktaydı. Freud ile uyumlu olarak bu üç tabakanın birbiriyle sürekli çatışma hâlinde olduğu ve çatışmanın bireyde anksiyete yarattığı kabul edilmekteydi. Birey veya EGO anksiyete ile başa çıkmak zorunda olduğundan belli başa çıkma veya savunma mekanizmaları devreye sokulur ve anksiyete uyum sağlayıcı bir şekilde giderilemediğinde semptomlar ortaya çıkar. Esasen anksiyete ve savunma **uzlaşma oluşumu** denilen bir duruma yol açar. Bu da ya nevrotik semptomlara ya da kişilik karakteristiklerine ve rahatsızlıklarına yol açar.

Tedavi kişinin karakterini şekillendiren uzlaşma oluşumu ve çatışmaların yanı sıra gelişimsel meselelere de odaklanır. Bu, çatışmalar hakkında bilgi sağlayan terapötik etkileşimlerde ortaya çıkan savunma mekanizmalarının analizi ile yapılır. Ego psikolojisi teorisyenlerinin yaptığı başlıca katkılardan biri ego savunma mekanizmalarının ayrıntılı olarak tasvir edilmesidir. Başlangıçta Anna Freud tarafından tanımlanan başlıca dokuz savunma mekanizması varken, yıllar içinde buna eklemeler yapıldı ve üç ana gruba ayrıldılar: Bunlar en patolojik olanlardan (**ilkel savunmalar**), daha az patolojik olanlara (yüksek seviyeli veya **nevrotik savunmalar**) ve en sağlıklı veya olgun olanlarına (**olgun savunmalar**) doğru derecelendirilmekteydiler. Bu savunma mekanizmalarının hiyerarşik yapısı Gabbard (2005, s. 5) tarafından özetlenmiştir ve Tablo 11.1'de verilmiştir.

Ego psikolojisi çağdaş psikanalitik tedavi üzerinde anlamlı şekilde etkili olmuştur. Örneğin, egonun hâlihazırdaki işleyişinin önemine ve sıklıkla tedavinin odağım oluşturan bireyin anksiyete ile başa çıkmada kullandığı savunma mekanizmalarına dikkat çekmiştir. Çağdaş psikanalizde daha yakın tarihli iki psikanalitik model daha vardır, bunlar obje ilişkileri (nesne ilişkileri) teorisi ve kendilik psikolojisidir. Bunlar da burada sunulmuştur. Modeller kendilik gelişimi, kendilik kavramı ve kişiler arası ilişkiler gibi belli bazı özellikler açısından benzerlik gösterirler ve bütün psikanalitik teoriler gibi geçmişin şimdiyi nasıl etkilediği ve kişinin içsel dünyasının davranışı ve kişinin yaşadığı deneyimleri nasıl etkilediği, çarpıttığı ve renklendirdiği gibi konularla ilgilenirler (St. Clair, 2004).

TABLO 11.1 Savunma Mekanizmalarının Hiyerarşisi

SAVUNMA MEKANIZMASI	TANIM
İlkel savunmalar	
Bölünme (Splitting)	Kendiliğin deneyimlerini ve geri kalanını bütünleşme olmayacak şekilde bölümlere ayırma. Birey davranış, düşünceler veya duygulanımda çelişkilerle karşılaştığında bu farklılıklara orta şiddette inkâr ve kayıtsızlıkla yanıt verir.
Yansıtmalı özdeşleşme (Projective identification)	Hem ruhsal yapı içindeki (intrapsişik) savunma mekanizması hem de kişiler arası iletişim şeklidir. Bu fenomen kendiliğin bir yönünün karakteristiklerini üstlenmesi amacıyla çözümü zor kişiler arası baskının başka bir kişiye kondurulmuş veya içsel bir obje bu kişiye yansıtılmış gibi davranmayı içerir. Projeksiyonun hedefi olan kişi bundan sonra kendisine yansıtılanla uyumlu bir şekilde düşünmeye, davranmaya ve hissetmeye başlar.
Yansıtma (Projeksiyon-Projection)	Kabul edilemez nitelikteki içsel bir dürtünün veya onun türevlerinin sanki kendiliğin dışındaymış gibi algılanması ve bu şekilde davranılması. Yansıtmalı özdeşleşmeden ve yansıtmanın hedefi olan kişinin değişime uğramaması açısından farklılaşır.
İnkâr (Denial)	Dışsal gerçekliğin bazı yönlerinden yüzleşilmesi güç olduğu için kaçma ve kabul etmeme (duyumsal bilgiyi dikkate almayarak kaçınma).
Disosiyasyon (Çözülme-Dissociation)	Bir kimsenin çaresizlik ve kontrol kaybı gibi bir durumla karşılaşması durumunda psikolojik kontrolün bir yanılsamasını muhafaza etmesi; kişinin kimlik, hafıza, bilinçlilik veya algılama alanlarında süreklilik algısını kesintiye uğratması suretiyle yapılır. Bölünme kavramına benzerlik gösterir; disosiyasyon yoğun durumlarda olaylara ilişkin hafızanın değiştirilmesini içerebilir. Bunun nedeni kendilikle olay arasındaki bağlantının kopmasıdır.
İdealleştirme (Idealization)	Anksiyete veya kıskançlık, öfke veya hor görme gibi negatif düşüncelerden kaçmak amacıyla başkalarına mükemmel veya mükemmelliğe yakın nitelikleri atfetmek.
Eyleme dökme (Acting out)	Bilinç dışı bir istek veya fantaziyi, acı verici duygulanımdan kaçınmanın bir yolu olarak dürtüsel bir şekilde sergilemek, ortaya koymak.
Bedenselleştirme (Somatizasyon-Somatization)	Duygusal acı veya diğer duygulanım durumlarını fiziksel semptomlara dönüştürmek ve bir kimsenin dikkatini bedensel meselelere (ruh içi, intrapsişik meselelerden çok) yöneltmesi.
Gerileme (regresyon-Regression)	Hâlihazırdaki gelişim dönemiyle alakalı olan çatışma ve gerginliklerden kaçınmak için gelişimin daha önceki basamaklarına dönmek.
Şizoid Fantezi (Schizoid fantasy)	Kişiler arası durumlarla ilişkili anksiyeteden kaçınmak amacıyla kişinin özel iç dünyasına çekilmesi.
Yüksek-Seviyeli (Nevrotik Savunmalar)	
İçe atma (İntrojeksiyon-Introjection)	Bir kimsenin kaybıyla başa çıkmak için önem taşıyan bu kişinin bazı yönlerinin içselleştirilmesi. Kişi düşmanca veya kötü objeyi de bu obje üzerinde kontrol sağladığı yanılsama sağlaması nedeniyle introjekte edebilir. Introjeksiyon ayrıca savunmacı olmayan formda gelişimin normal bir parçası olarak da ortaya çıkabilir.

TABLO 11.1 Savunma Mekanizmalarının Hiyerarşisi (Devamı)

SAVUNMA MEKANIZMASI	TANIM
Özdeşleşme (Idantifikasyon-Identification)	Başka birinin niteliklerinin ona benzemek suretiyle içselleştirilmesidir. İntrojeksiyon "diğeri" olarak deneyimlenen kişinin içselleştirilmiş bir temsiline yol açarken, özdeşleşme kendiliğin bir parçası olarak deneyimlenir. Bu savunma mekanizması da normal gelişimde savunmacı olmayan şekilde işlevde bulunur.
Yer değiştirme (Displacement)	Bir fikir veya objeyle alakalı duyguların bir şekilde orijinaline benzeyen bir diğerine kaydırılmasıdır.
Entelektüelleştirme (Intellectualization)	Zorlayıcı duygulardan kaçınmak için yoğun ve soyut fikirleri kullanma.
Duygulanımın yalıtılması (afekt izolasyonu-Isolation of affect)	Duygusal çalkantılardan kaçınmak amacıyla düşünceyi onunla bağlantılı duygulanım durumundan ayırmak.
Mantığa büründürme (Akla uygun hâle getirme-rasyonalizasyon-Rationalization)	Kabul edilemez yapıdaki tutumların, düşüncelerin, inançların veya davranışların daha tahammül edilebilir olması için onları haklı çıkarma.
Cinselleştirme (Seksüalizasyon-Sexualization)	Negatif bir deneyimi, heyecan verici bir uyarıcıyı dönüştürmek veya objeyle alakalı anksiyeteyi uzaklaştırmak için bir obje veya davranışa cinsel anlamlar yüklenmesidir.
Karşıt tepki oluşumu (Reaksiyon formasyon-Reaction formation)	Kabul edilemeyen arzu veya dürtüleri zıddına dönüştürme.
Bastırma (Represyon-Repression)	Kabul edilemeyen fikir veya dürtülerin bilinçten uzaklaştırılması veya bunların bilince çıkmasının engellenmesidir. İnkâr dışsal duyumsal bilgiyle alakalıdır. Represyon, içsel durumlarla alakalıdır.
Yap-boz (Undoing)	Önceki davranışlardaki Cinsel, saldırgan veya utanç verici içeriğin, tersini yapma, açıklama veya değiştirilerek tersine çevrilmesine çalışılmasıdır.
Olgun savunmalar	
Mizah (humor)	Kişisel rahatsızlığı ve hoş olmayan duygulanımı azaltmak için sıkıntılı durumlarda komik veya ironik ögeler bulur. Bu mekanizma olaylardan belli bir şekilde uzak durmaya ve objektiviteye yol açar, böylece kişi olan olayları derinlemesine düşünebilir.
Baskılama (Supresyon-Suppression)	Bilinçli olarak belli bir duruma, duyguya veya dürtüye kapılmama kararıdır. Bu savunma represyondan ve inkârdan bilinçli olmasıyla ayrılır.
Çilecilik (Asceticism)	İçsel çatışmaların bir hazdan kaynaklanması nedeniyle deneyimin haz veren yönlerinden kaçınma. Bu mekanizma ruhsal amaçlara, dini nedenlerle cinsellikten kaçınmaya ve yüce amaçlara hizmet edebilir.
Özgecilik (Altruism)	Kişinin kendi ihtiyaçlarını dikkate almadan başkalarının ihtiyaçlarına kendini adamasıdır. Özgeci davranış, narsisistik problemlerde kullanılabilir ama ayını zamanda topluma yapıcı katkılar ve büyük başarıların bir kaynağı da olabilir.

(devam ediyor)

TABLO 11.1 Savunma Mekanizmalarının Hiyerarşisi (Devamı)

SAVUNMA MEKANIZMASI	TANIM
Öngörü (Anticipation)	Gelecekte başarılan ve yerine getirilmesi gereken işleri düşünerek ve planlayarak acil tatmin imkânının geciktirilmesi.
Yüceltme (Süblimasyon-Sublimation):	İçsel olarak kabul edilemez veya toplumsal olarak karşı çıkılan amaçları toplumsal olarak kabul edilebilen amaçlara dönüştürmektir.

Gabbard (2004)'ın izniyle yeniden basılmıştır.

OBJE İLİŞKİLERİ TEORİSİ (NESNE İLİŞKİLERİ KURAMI)

Gabbard ve arkadaşları (2005)'na göre obje ilişkileri teorisi psikanalitik tedavi ve teoride muhtemelen en etkili perspektiftir. Obje ilişkilerinin evrimi ve gelişimi ile ilgilenen pek çok psikanalitik teorisyen bulunmaktadır. Bunlar arasında Melanie Klein, D. W. Winnicott ve Otto Kernberg sayılabilir ve psikanalitik teoriye katkıda bulunan Harry Stack Sullivan ve John Bowlby de dahil olmak üzere başkaları da vardır.

"Obje ilişkileri" ifadesi kişiler arası ilişkilerin içsel ve dışsal dünyasına işaret eder ve "obje" kelimesi kişinin ilişkide bulunduğu kişiye işaret eder (St. Clair, 2004).

KUTU 11.3

SULLİVAN VE ADLER

Freud'un birkaç öğrencisi psikanalizin belli başlı yönlerinden kopup uzaklaştılar ve insanların işlevselliğinin kişiler arası yönlerine odaklandılar. Bu bireylerden öne çıkanlardan ikisi Harry Stack Sullivan ve Alfred Adler klinik psikoloji alanında önemli bir etkiye sahiptir ve her ikisi de kişiliğin şekillenmesi ve tedavi odakları konusunda kişiler arası etkileşimin önemini vurgulamışlardır.

Harry Stack Sullivan, bir Amerikan psikanalistiydi ve tamamen kişisel ilişkiler ve toplumla ilgili ve sosyal olanlar da dahil olmak üzere, bireyin hayatında rol oynayan değişik ilişkilerdeki kritik rollere dayalı, bir kişilik teorisi ve psikanalitik tedavi geliştirmiştir. *Psikiyatrinin Kişiler Arası Teorisi* (Sullivan, 1953), isimli kitabı bu teorinin temel tanımlamalarını içerir ve Sullivan, kişiler arası teori ve terapinin kâşifi olarak bilinir. Sullivan kişiliğin biyolojik ve içgüdüsel dürtülerden ziyade; kişiler arası ilişkilerden kaynaklandığına inanır. **Kendilik sistemi** olarak bilinen bir kavram geliştirmiştir; kendilik sistemi vasıtasıyla bireyler başkalarıyla etkileşimleri temelinde özellikler (trait) sistemi geliştirirler: Bu kendiliği oluşturur. Buna ek olarak çocukluktaki kendilik sisteminin gelişimi ile alakalı **"İyi ben"**, **"Kötü Ben"** ve **"Ben değil"** kavramlarını da tanımlamıştır. Bu kavramlar özellikle de ebeveynlerle etkileşim temelli olarak gelişirler. Bunlara ek olarak Sullivan **kişileştirmeler**

KUTU 11.3 (DEVAMI)

(personifikasyonlar) kavramını veya ilişkilerin zihinsel temsillerini ilk geliştiren teorisyenlerden biridir. Bu kavram sayısız kişilik teorisinde çok önemli bir kavramdır. Son olarak, önerdiği tedavi hastanın sahip olduğu kişiler arası etkileşimlerin detaylı bir incelenmesini de içerir; özellikle de psikoterapi esnasında ortaya çıkan kişiler arası etkileşimler incelenir. **Parataksik çarpıtmalar** kavramı yine Sullivan tarafından sunulmuştur. Bu kavram, hastaların terapistlere karşı daha önceki ilişkilerinde olduğu gibi davranması anlamına gelmektedir. Bu kavram elbette, Freud'un transferans kavramına benzerlik göstermektedir.[3] Sullivan'ın çalışmaları sadece kişiler arası psikoterapinin gelişiminde değil, aynı zamanda kişiler arası davranış konusunda teori geliştirme ve araştırmalarda da büyük bir etkiye sahiptir. Onun çalışmaları sadece diğer psikanalitik teorisyenleri değil, diğer yaklaşımlardan kişilik ve tedavi yaklaşımlarını da etkilemiştir.

Benzer şekilde Alfred Adler, Freud'un yazılarından ve derslerinden derin şekilde etkilenen Avusturyalı bir psikanalistti. O da Freud'dan ayrıldı; bunun ana nedeni psikanalizin kendilik üzerindeki sosyal etkilerin önemini ve bütünleşmesini anlamaktan kaçınmasıydı. Adler'e göre bunlar çok önemliydi (Adler, 1956). Adler **Bireysel Psikoloji** okulunun kâşifi olarak bilinir (Ellenberger, 1970) ve düşünceleri her ikisi de kişiler arası alanı vurgulayan Karen Horney ve Harry Stack Sullivan gibi Freud sonrası kuşağın diğer analistleriyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Adler kardeş sırası[4] ve ebeveynin eğitim şekli de dahil olmak üzere, erken ailevi deneyimlerin, kişinin davranışlarına rehberlik eden bir hayat planı geliştirmesine yol açacağına inanıyordu. Bu **hayat planının** detaylarını kişi çok da bilinçli olarak fark edemiyordu. Erken aile ve okul ve cemaat vasıtasıyla daha geniş sosyal etkiler uyumsuz davranış örüntülerine yol açabilir. Örneğin, bir çocuk eşit hissetmediğinde ve aşırı korunduğunda veya ihmal edildiğinde, **aşağılık** veya **üstünlük kompleksleri** ve uzun süreli uyumsuzluğa götüren eşlik eden farklı telafi (ödünleme) stratejileri geliştirir. Adler cinsiyet eşitliğini ve aile dinamiklerine genel demokratik yaklaşımı da tartışmıştır.

Onun terapi yaklaşımı klasik psikanalizden daha yönlendiricidir ve bir kimsenin kişiliğini bu erken hayat etkilerinin ışığı altında anlamaya doğru yönelmiştir. Adleryen bir terapist Sokratik sorgulamayı kullanır fakat aynı zamanda rüyalarla, transferans fenomeniyle ve yorumlamalarla da çalışır.

Adler'in kendi teorisinde ve genel gelişimsel bilgide kullandığı Adlerci düşünüşün önemli bir bakış açısı, sadece onun tedaviye yaklaşımını tanımlamakla kalmaz, fakat **önlemeye** de vurguda bulunur. Sağlıklı çocukların büyütülmesi için ihtiyaç duyulan anlayış ve becerilere ebeveynlerin sahip olmasını sağlamak amacıyla ilk ebeveyn eğitim kurslarını düzenleyen kişilerden biridir. Onun ebeveyn eğitimine yaklaşımı günümüzde pek çok kursta hâlâ öğretilmektedir.

Bu model genel olarak, kendilik ve kendilik gelişiminin birincil olarak kişiler arası bir doğada olduğu düşüncesine dayalıdır. Yani, kendilik gelişimi veya kendilik kavramı başkalarıyla (bazılarının yansıtılmış değerlendirmeler dediği) erken dönem etkileşimlerinden doğmaktadır ve elbette, ilk ve en önemli etkileşimler birincil bakıcılarla yaşanır.

[3] Çevirenin Notu: Çağdaş psikolojideki transferans kavramı büyük ölçüde Sullivan'a aittir, Freud'un tanımlaması biraz daha dar kapsamlıydı. Bugün transferans denildiğinde genelde anlaşılan Sullivancı açıklamadır.

[4] Çevirenin Notu: Doğum sırası olarak da bilinir.

Bireyi (ve onun boğuştuğu sıkıntıları) anlamak için bir kimsenin kendiliğinin gelişimini, kişilik oluşumunu, kişinin yaşadığı problemleri ve bu ilişki yapılarının hâlihazırda nasıl ortaya konduğunu ve kişinin davranışlarını etkilediğini belirleyen veya etkileyen ilişkilerin doğası kavranmalıdır (Anderson, Reznik ve Glassınan, 2005).

Temelde Obje İlişkileri Teorisi, gelişim üstünde durur ve özellikle de kendilik ile objeler arasındaki ilişkiye ait kavramların önemine vurguda bulunur. Yani, anlamlı ilişkilerin doğası (ve kendiliğin kavramları) çocukluk döneminde içselleştirilir. Sonra bu ilişkiler kişilik gelişimini, geçmişteki ve şimdiki ilişkileri ve psikopatolojiyi etkiler ve rengini belirler. Obje ilişkileri teorisinin başlıca odak noktalarından biri kişinin kendini bilinçli veya bilinç dışı olarak nasıl değerlendirdiğidir (Sharf, 2000), geçmişten kaynaklanan bu içselleştirilmiş ilişki örüntülerinin kişilik gelişimini nasıl etkilediğidir.

Bazı önemli kavramlar şunlardır:

1. Bebekle bebeğin asil bakıcısı (genellikle anne) arasındaki ilk ve en etkili ilişkiye büyük önem verilmiştir. Bu ilişkinin gelişiminin doğası, özellikle çocuk ayrılma ve özerklik geliştirirken (ayrılık ve bireyleşme olarak bilinir) gelişimde çok önemli yer tutar ve kendini kabullenme, özerklik ve bağımsızlık, kişiler arası sıcaklık ve diğer kişilik faktörleriyle ilgili örüntüleri belirlediği düşünülür (Sharf, 2000).
2. Bu erken ilişkinin doğası ilişkisel bir şemada içselleştirilir (diğer bir deyimle yazı, formül veya ilişkisel örüntü için bir çerçeve) ve kendiliğin, kişiliğin ve ilişkili psikolojik sıkıntıların gelişimini etkiler. İlişkisel içselleştirme zorunlu olarak tam anlamıyla ilişkinin doğru bir tasviri değildir, çünkü çarpıtılan veya abartılan bazı ögeler olabilir.
3. İlişkisel şema şimdiki ilişkilerde (terapötik ilişki de dahil olmak üzere) aktif hâle getirilir ve bu ilişkileri etkiler ve renk verir. Dahası bu içselleştirmenin bileşenleri gelişimi engeller ve olgun ilişkileri bozar.

Obje ilişkileri teorisinin genel olarak geleneksel psikanalitik düşüncede majör değişikliklerden birini yansıttığı, kişilik gelişiminin ve uyumlu ve uyumsuz işlevde bulunmanın kişiler arası bakış açılarına odaklandığından, zaten ortadadır. Biyolojik dürtülere yapılan vurgu azdır veya yoktur ve bu yaklaşımdan türeyen fikirler sadece psikanalitik araştırmacıları değil fakat sosyal, klinik ve kişilik psikolojisi araştırmacılarını da uyarmıştır (örneğin; Flett, 2007).

Tedavi söz konusu olduğunda ağırlık hastaya onun karakteristik ilişki stillerinin veya ilişkisel şemalarının nasıl problem yarattığını göstermek ve hastaya bu konuda farkındalık kazandırmaktan yanadır. Bu şemaların terapötik ilişkide ortaya çıkacağı (mesela transferans) varsayılır ve terapist hastaya bu şemaların doğasını anlamada yardımcı olur. Şemaların anlamı ve amacını anlamada hasta ilişki stillerini değiştirmeye, kaldırmaya veya başkalaştırmaya başlar.

KENDİLİK PSİKOLOJİSİ TEORİSİ

Bu teori Heinz Kohut (1984) tarafından geliştirilmiştir. Kohut kendilik gelişimi ve kişinin kendisiyle ilgilenmesi, öz güven (öz saygı-self esteem) ve narsisizmin (bu durumda sadece patolojik seviyedeki narsisizm değil ama öz saygının da gelişimi dahil olmak üzere) nasıl diğerlerinin haklarına özen göstermenin önüne geçtiğiyle ve narsisizmin gelişiminin normal gelişimi nasıl aksettirdiğiyle ilgilenmekteydi. Bu teorinin büyük bölümünün ciddi kişilik bozukluklarına odaklanmasına rağmen, tedavi en önemli ögeler olarak öz saygı ve öz güvenin gelişimi ve korunmasına odaklanma eğilimindedir. Bu perspektife göre psikopatoloji tutarlı bir kendilik algısı geliştirmedeki yetersizliklerden kaynaklanır ve bu bireyler son derece hassas bir öz güvene sahip olurlar ve öz güvenlerindeki yetersizlikleri gidermek amacıyla başkalarının tepkilerine karşılık vermek için **kendilik objesi işlevleri** veya kişiler arası stratejileri geliştirirler.

Bu yaklaşım psikolojik sıkıntılar geliştirmede çatışmalardan ziyade gelişimsel yetersizlikler üzerinde durur. Empati eksikliği nedeniyle ve kendisinin el üstünde tutulduğu ve değer verildiği düşüncesiyle çocuk kendilik algısında eksikliklerle yaşar. Diğer bir ifadeyle, kişi kendisini değer verilmeyen, el üstünde tutulmayan veya sevilemeyecek biri olarak algılamaya başlar ve **kendilik bozuklukları** geliştirmeye başlar. Bu kendilik bozuklukları veya travmalar çocuğun kendisine bakan kişi tarafından görmezden gelinmesi, onaylanmaması veya tatmin için bir obje olarak değerlendirilmesinden veya istismardan kaynaklanır. Çocuk (ve nihai olarak yetişkin) kendisinin var olup olmadığından emin değilmiş gibi veya kendisinin az veya hiç değer taşımadığı duygusuyla yaşar. Kişi bu kendilikle ilgili yetersizlikleri düzeltme girişiminde bulunacaktır. Bunu bilinç dışı seviyede ve diğerlerinin kendisine "yetersizliği telafi edecek" şekilde davranmalarını sağlamak suretiyle yapmaya çalışır. Örneğin, kişi diğerlerinden onaylayıcı davranış bekleyebilir veya kişinin başarılarıyla gurur duymalarını umabilir (**Ayna transferansının** yansıtılması). Ayrıca, kişi kendi öz güvenini başkalarıyla etkileşimde bulunmaya veya başka birinin ideali ya da güçlü pozisyonunda bulunmaktan hoşlanır (**idealize edici transferans**). Ayrıca kişi idealize edilmiş başka bir kişi tarafından seviliyormuş veya kaynaşmış bir şekilde idealize edilmiş kişiyi taklit edebilir (**alter-ego transferans-yakın dost transferansı**). Kohut ve onu izleyenler bu tip transferansların **kendilik bozuklukları** olarak bilinen psikolojik sıkıntıların sebebi olduğunu düşünmekteydiler.

Bu yaklaşıma göre psikanalitik tedavi kendine güven veya kendilik kavramındaki eksiklikleri belirlemeyi ve terapist tarafından kuvvetli empatik tepkiler verilmesine, davranışı aynalamaya (yani, hastaya kendi obje işlevlerinde neyi gerçekleştirmeye çalıştığını göstermek) ve hastada tutarlı bir kendilik algısı geliştirmeye ve teşvik etmeye müsaade eden terapötik bir süreç yaratmayı içerir.

KISA SÜRELİ DİNAMİK PSİKOTERAPİLER

Birçok psikanalitik yazar psikanalitik tedavinin amaçlarının kısa süreli psikanalitik psikoterapi ile gerçekleştirilebileceğini öne sürmektedir (mesela Alexander ve French, 1946; Ferenczi, 1933). Klasik psikanaliz ise yıllar boyunca terapi öngörmekteydi. Geçen yirmi yıl boyunca psikanalitik oryantasyonlu tedavilerde önemli gelişmeler oldu. Tedavi oldukça odaklanmış, yoğun ve süre sınırlı olmaya başladı ki tedavinin daha kısa süreli olması mümkün oldu.

Bu tedavilerin yoğun doğası nedeniyle sıklıkla dikkatlice seçilmiş hasta gruplarını kullanırlar. Bunun arkasında, bu kısa süreli tedavilerden bazılarının belli tipte hastalar için uygun olduğu diğerleri için-zorunlu olarak-uygun olmadığı düşüncesi yatar (Davanloo, 2000).

Bu tedavilerin teorik konuları psikanalitik tedavinin diğer formlarıyla aynıdır, özellikle fikirlerle çalışma, kişiler arası ilişkilerin önemi, transferans tepkileri, duygular ve çatışma gibi. Ayrıca, müdahalelerin zamanlaması sıklıkla farklı olmasına rağmen, kısa süreli tedavinin kapsayıcı hedefleri uzun süreli tedaviyle, tedavide kullanılan birçok teknik ve strateji açısından benzerdir. Örneğin, psikoterapist bilinç dışı materyali aydınlatmaya ve kişilik yapısında ve ilişkilerinde önemli değişiklikler yapmaya çalışır. Bu psikanalitik oryantasyonlu terapilerle daha uzun süreli psikanalitik psikoterapi arasındaki başlıca farklılıklar tedavinin süre limitli olması ve terapistin aktifliği ve yönlendiriciliğinin derecesidir.

Geliştirilen pek çok kısa süreli dinamik psikoterapiler (STDP-KSDP), büyük ölçüde ortak bir hedefi ve yaklaşımı paylaşmalarına karşın merkezi konu (yani merkezi çatışmalar, ana çatışmalı ilişkiler veya merkezi odak) odaklanma sonrasında çabucak belirlenir ve tedavide de üstünde durulur. KSDP'nin türüne bağlı olarak tedavinin odağında terapötik ilişki ve transferans tepkileri, çatışmalarla doğrudan yüzleşme veya savunmaları yeniden yapılandırmak için çatışmalardan kaynaklanan anksiyeteyi uyarmak veya bununla yüzleşmek gibi konular veya tedavide destekleyici ve cesaretlendirici duruşu kullanmak gibi yöntemler bulunur.

PSİKANALİZ VE PSİKANALİTİK PSİKOTERAPİDE HEDEFLER

Psikanalitik psikoterapinin farklı oryantasyonları kişilik ve psikopatoloji gelişiminin farklı yönlerinin üzerinde durur ve bazı oryantasyonlar farklı tipte hastalara odaklanırlar. Çağdaş psikanalitik terapistler sıklıkla oldukça eklektiktirler ve problemlerin ve tedavinin kavramsallaştırılmasında farklı usullerden ögeler kullanırlar (Arlow, 2000). Bütün psikanalitik psikoterapilerin hepsinde değilse bile çoğunda çok sayıda tutarlı kestirme amaçlar veya hedefler olduğunun unutulmaması gerekir. Psikanalitik tedavinin genel amacı Magnavita'ya göre, "kişinin mümkün olan en yüksek seviyedeki muhtemel kapasitesiyle işlevde bulunma yeteneğini engelleyen gelişimsel engelleri ve kişilik örüntülerinin üstesinden gelmek"tir (s.67). Yani, kişi bir bütün olarak değerlendirilmeye çalışılır ve sadece semptomların giderilmesine değil, ama kişinin hayatının kalitesinin artırılmasına da çalışılır. Ayrıca, Strupp ve ark. (1982) psikanalitik tedavinin esasını "...geçmişteki kişiler arası ilişkilerin yarattığı sürekli sıkıntıları düzeltmek için içinde bulunulan andaki kişiler arası ilişkilerin kullanımını" içerdiğini belirtmektedirler (s. 223).[5] Belirgin amaçlar arasında şunlar sayılabilir:

1. Terapötik müdahalelere temel oluşturacak kuvvetli bir terapötik ilişki kurmak: Bunun bir alt bileşeni iş birliğine dayalı bir ilişki kurmaktır. Bu ilişkide hasta tedavideki amaçlarını ifade edebilir; terapi ortamında hasta kendini güvende hisseder, terapist tarafından yargılanmadığını ve kabul edildiğini hisseder
2. Genel olarak kişilik ve karakter yapısında genel bir değişim yaratmak: Normal davranışlar ve uyumsuzluğu yansıtan semptomlar, işaretler ve davranışlar, altta yatan kişilik yapılarından ve süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Altta yatan yapılarda değişimler yapmanın sadece semptomları ve sorun yaratan davranışları değil, bu sorunlu davranışların ve problemlerin yeniden ortaya çıkışını da engelleyeceği düşünülür.

[5] Çevirenin Notu: Bu şekilde çağdaş psikodinamik yaklaşımların insancıl, yaklaşımdan çok etkilendiği görülmektedir.

3. Bilinç dışı çatışmaların, örüntülerin, savunmaların ve duyguların bilinçli farkındalığa dönüştürülmesine yardımcı olmak: Birinin davranışını etkileyen etkilerin farkına varması kişiye belli ölçüde potansiyel bir kontrol kazandırır ve kişiye neyi değiştireceği veya farklılaştıracağına dair bir odak sağlar. Örneğin çorba içerken nasıl göründüğümüz ve ses çıkardığımızın gerçekten çok farkında olmama eğilimindeyizdir. Çorba içerken yanımızda bulunan arkadaşa odaklandığımızdan, çorba içme davranışımızın tam olarak farkında değilizdir, bu nedenle bu davranışı değiştirme veya farklılaştırma fikri aklımıza gelmez. Eğer birisi, muhtemelen sevdiğimiz biri bizim çorba içme davranışımızın oldukça itici ve tiksindirici olduğunu belirtecek olursa, bunun farkına varırız, böyle olunca değişiklikler yapma imkânımız ortaya çıkar; daha az itici bir şekilde yemeye çalışmak veya davranışın tiksindirici yapısını abartmak suretiyle yapabiliriz. Her durumda davranışın farkına varmak muhtemel davranışta değişime götürür.[6]

Farklı tipteki psikanalitik terapiler neyi bilinçli yapmaya çalışırlar? Klasik psikanalizde odak noktası cinsel ve saldırgan dürtülerin daha bilinçli olmasıdır. Bu odipal çatışma olarak adlandırılan ve diğer cinsiyetteki ebeveyne cinsel duygular ve aynı cinsiyetteki ebeveyne karşı olan saldırganca dürtüler olarak kendini ifade eder. Ego psikolojisinde odak temelde ego üzerinedir ve ego savunmalarını ve eşlik eden anksiyeteyi daha bilinçli yapmadır. Obje ilişkileri teorisinde birincil bakıcı ile erken ilişkilerden türeyen bireyleşme ve ayrılma gibi meseleler ve sorunlar daha bilinçli hâle getirilmeye çalışılır. Son olarak kendilik psikolojisinde odak hastanın kendilik objesi işlevlerinin amacını ve varlığını anlamasını sağlamaktır.

Yorumlamalar suretiyle bilinç dışının bilinçli hâle getirilme girişimine bir örnek Gabbard tarafından verilen bir pasajda gösterilmektedir (2004, ss. 62–64):

> 22 yaşında kendini dünyada kanıtlamakta zorluk çeken bir erkek hasta, bayan terapistine hâlâ evde yaşadığı ve hoşuna giden üretken herhangi bir iş bulamadığı için annesinin kendine kızdığını söyler. Terapistine şöyle yakınır:

H: (Hasta): Benim annem her zaman bana bir kusur buluyor. Onun denetimi altında yaşamaktan nefret ediyorum. Keşke beni tek başıma bıraksa!
T: (Terapist): Ama bağımsız bir şekilde yaşamanı sağlayacak olan işlere başvuruda bulunmuyorsun,
H. Ama bunun nedeni gazetedeki iş ilanlarında ilginç bir şey bulamamam
T. Bazen ayaklarının üstünde durabilmek ve ebeveynlerinin baskısından kurtulmak için sevmediğin bir işte çalışmak zorunda kalabilirsin,
H: İnanın bana, ilanlara baştan sona baktım ve yüksek işsizliğin olduğu ortamda uygun hiçbir şey yok. Şu anda bir ekonomik kriz içindeyiz.
T: Benim bir izlenimim var ki aslında yeni bir işi denemek konusunda zıtlaşan bir tavır takınıyorsun; bu kusur bulma durumunu, hem annenle hem de benimle yaratıyorsun. Acaba, kusur bulunması birinin seninle ilgilenmesi anlamına mı geliyor diye merak ediyorum.

4. Psikanalitik tedavilerin sadece kişilikte ve bilinç dışı savunmalar, çatışmalar ve hastanın kişiler arası örüntülerinde değişim yapmada derinlemesine araştırma

---

[6] Çevirenin Notu: Verilen örnekte terapötik ilişkinin sonucunu genelde "bir davranış değişikliği" olarak algılanmaktadır. Ayrıca burada verilen örnekte literatürdeki "otomatik davranışlarla" psikanalitik literatürdeki 'bilinç dışı" kavramının bire bir aynı olduğunu varsayılmaktadır ki bu en azından tartışmaya açıktır. Ayrıca farkındalık ve içgörünün otomatik olarak değişikliğe götürdüğü izlenimi verilmektedir.

yapıldığı durumlarda kullanılabileceği sıklıkla varsayılmasına rağmen (araştırıcı veya dışa vurumcu psikoterapi) her zaman durum böyle değildir. Örneğin, psikanalitik tedaviler bazen kişilik yapısındaki değişimleri etkilemek için kullanılmaz, daha ziyade desteği kuvvetlendirmek ve cesaretlendirmek, savunma ve başa çıkma stratejilerini desteklemek[7] ve hâlihazırdaki rahatsızlık ve çatışmaları azaltmak amacıyla kullanılabilirler (destekleyici psikoterapi). Araştırıcı veya destekleyici yaklaşımlardan hangisinin kullanılacağı hastanın ihtiyaçlarına veya yeteneklerine bağlıdır. Örneğin, bazı durumlarda kişinin kişiliğinde önemli değişiklikler yapmak gerekli değildir, ancak bazı çevresel travmalar nedeniyle sıkıntı yaşayan birine yardımcı olmak gereklidir.

PSİKANALİTİK TEDAVİ

Teorideki değişimlerle orantılı olarak, önemli ve bazen de dikkat çekici değişikliklerle psikanalitik tedavi zaman içinde gelişmiştir. Örneğin, çağdaş psikanalitik psikoterapiler işlevselliğin kişiler arası meseleleri üzerinde çokça dururlar. Dahası, klasik psikanalizde tedavinin sık olması (haftada üç ila beş seans) ve uzun süreli (mesela terapi yıllar boyunca sürer) olması gerektiği düşünülmekteydi. Bunun nedeni bilinç dışı materyalin aydınlatılmasının yönlendirici olmayan bir yapıda olmasıdır. Ancak 1940'larda terapistleri, daha aktif ve yönlendirici tarza teşvik ederek, psikodinamik terapileri süre olarak daha kısa hâle getirmek için bir hareket başladı (bk. Alexander ve French, 1946). Günümüzde, klasik psikanalizde eğitim görmek ve bunu uygulamak elbette mümkündür; ancak çoğu psikanalitik psikoterapiler oldukça yönlendirici, süre olarak daha kısa (hâlâ uzun süreli tedaviyi gerektiren durumların olmasına rağmen, terapi genellikle aylarla sınırlıdır) ve bazı durumlarda oldukça kısadır. Aslında, kısa süreli psikodinamik psikoterapilerin bazı formlarında belirli sayıda seans önceden belirlenir (mesela Sifneos'un 12 seanslık kısa süreli anksiyete tetikleyici terapisi; Sifneos, 1992).

Son olarak, geçmişte bir yaklaşıma katı bir bağlılık varken, şimdilerde psikanalitik psikoterapi alanında ciddi bir bütünlük bulunmaktadır. Örneğin, Magnavita'ya göre (2008) psikanalitik psikoterapist tipik olarak hastanın kişiliğine, probleme ve bağlama uyan psikanalitik perspektifi seçer ve hastayı ve onun sıkıntılarını belli bir çerçeveye sokmaya çalışmaz. Üstelik bu oryantasyonlarda sıklıkla sadece davranışçı yaklaşımda olduğu zannedilen sayısız teknik kullanılmaktadır. Örneğin, çoğu psikanalitik psikoterapi, terapistin yönlendirici ve aktif olmasını gerektirir ve bazılarında ev ödevleri de verilebilir (bk., Osimo, 2003). Ayrıca tedavinin amaçlarını hastanın belirlemesinin üzerinde durulur (aslında bu psikanalitik oryantasyonlu psikoterapide on yıllar boyunca yapılagelmektedir), geliştirilmiş olan psikanalitik tedavileri uygulamada sayısız el kitapları bulunmaktadır (bk., Luborsky, 1984; Osimo, 2003). Bunun dışında psikanalitik tedavilerin etkililiğini göstermek için ciddi girişimlerde bulunulmuştur. Büyük ölçekli birkaç çalışmanın yanı sıra (mesela Menninger Psikoterapi Araştırma Projesi; Blatt, 1992'ye bk.) daha yakın zamanlarda ve görgül olarak geçerli tedavilerle aynı eksende olarak, birkaç kısa dinamik (bk., Anderson ve Lambert, 1995; Leichsenring ve ark., 2004) ve uzun süreli psikoterapinin (Shedler, 2010) etkili olduğuna dair yeterli kanıtlar bulunmaktadır.

---

[7] Çevirenin Notu: Savunma mekanizmaları ve çağdaş literatürdeki başa çıkma mekanizmaları birbirinden farklıdır. Birincisi bilinç dışıdır, bu nedenle desteklenmezler, ikinciler ise bilinçlidir ve özellikle aktif başa çıkma stratejileri faydalı olabilir, yani desteklenebilirler.

Psikanalitik Tedavide Davranış Değişikliğinin Araçları

Gabbard (2005) psikanalitik terapide birkaç önemli nokta belirtilmiştir. Bunlar aşağıda verilmiştir:

1. **Gözlemleme, yorumlama ve yüzleştirme:** Bu teknikler veya stratejiler psikanalitik psikoterapide asıl çalışmayı oluşturmaktadır. **Gözlemleme** terapi ortamında kişinin farkında olmayabileceği davranışların sergilenmesine dikkat çekmektedir. Örneğin, terapist hastanın sözel olmayan davranışına, sesindeki perdeye veya terapiste açıkça görünen savunmalarına odaklanabilir. **Yorumlama** davranış ile bilinç dışı materyal, çocukluk deneyimleri veya ilişki örüntüleri arasında bağ kurulması anlamına gelir. Yüzleştirme hastanın bazı kaçınılan veya savunma kullanılan konular veya meselelerle yüzleşmesine yardımcı olmaktır. Yüzleştirme saldırgan bir müdahale değildir, ama normal olarak kaçınmanın veya fikirleri ya da duyguları ifade etmedeki güçlüklerin nazik bir şekilde gösterilmesidir.

   Bu kavramların bazılarının (gözlemleme, açıklama girişimi, yüzleştirme transferans tepkisinin bir örneğinin başlangıcı da dahil olmak üzere) bir örneğini vermek üzere burada yazarlardan birinin (PLH) iş yerinde taciz edilmesi ve göz dağı verilmesi ile alakalı olarak ciddi huzursuzluk ve depresyon yaşayan bir hastayla terapisinden bir pasaj verilmiştir. Terapist ve hasta taciz edilme dönemlerini tartışmışlardı ve taciz edilmeyle ilgili bazı gerçek olayları tartışmaktaydılar:

H: yani patronum beni gizli gizli izliyor... ve... şu şey gibi belli belirsiz yüz ifadesini takınıyor... şey gibi... bilirsin, yavaşça gözlerini geriye döndürüyor... kafasını eğerek... öyle ki benden nefret ettiğini biliyorum... benim aptal olduğumu düşündüğünü... onun için bir solucandan daha aşağı olduğumu.

T: O bunu yaptığında ne hissettiğini anlat bana.

H: Onu ortada aranırken görüyorum... sanırım başkalarının izleyip izlemediğini görmek için... böylece ne kadar aptal olduğuma dair değerlendirmesini paylaşabilir... aynı şekilde düşünen başkalarıyla paylaşmak için.

T: O bunu yaptığında içinde neler olup bitiyor? Farklı bir şekilde sorayım... şimdi, tam şu anda sana bakışını hatırlarken ne hissediyorsun?

H: Onun yüzünü ve nasıl hiçbir işe yaramayan bir çöplük olduğumu düşündüğünü görebiliyorum. Döşemede çalışırken bir kere daha olmuştu... aynı şey olduğunda... çok, çok kereler oldu... her neyse döşemede çalışıyordum.

T: Belli hikâyeler... patronun tarafından açık şekilde veya örtülü şekilde alay edildiğin ve aşağılandığın durumlar hakkında oldukça sık şekilde konuştuğumuzu fark ettim... Bu durumların senin için çok acı verici olduğunu biliyorum... ama ne zaman sana ...bu olaylara tepkinin ne olduğunu sorsam, daha birkaç dakika önce yaptığım gibi... sen bana daha detaylı açıklamalar ve örnekler veriyorsun. Bu duyguları düşünmenin veya bunlar hakkında konuşmanın senin için zor olup olmadığını düşünüyorum... içsel deneyiminin ne olduğu hakkında... patronun sana bunu yaptığında...

H: (uzun ara) O kadar zor ki...

T: Ne açıdan zor?

H: (susuyor ve gözleri yaşarıyor ve sandalyesinde kıpırdanıyor) O kadar zor ki...sana... söylemek... sözleri sadece yüksek sesle söylemek (ara)

T: Acaba bana söylemek mi zor...bilmeme izin vermek... senin bir parçanı... neredeyse patronunla aynı fikirdeymişsin gibi hisseden... değersiz hissediyorsun... sanki çöplük gibi... çaresiz... onun eleştirilerini alaylarını karşılayacak kadar güçlü olmadığından.

H: (uzun ara) Ben... ben kimsenin bunu bilmesini asla istemedim... bunu düşünmeyi bile sevmem... böyle hissettiğimi...böyle hissettiğimi.

T: Böyle hissetmek nasıl bir duygu... yetersiz... çöplük gibi hissetmek.

2. **Transferans**: Terapiste karşı sanki hastanın geçmişinden biriymiş gibi davranmak veya geçmişteki önemli bir ilişkiden kaynaklanan bir etkileşim örüntünün tekrarlanmasıdır. Geçmiş ilişkilerin bilişsel temsilleri veya şemalar terapötik ilişkide de ortadadır ve bu ilişkide düzeltmeye yönelik bir davranış için istek de olabilir[8] transferansı temelinde genellikle erken ilişki deneyimleri yatan kişiler arası stiller olarak düşünmek de mümkündür. Bu stiller yoğun şekilde ve uygun olmayan tarzda kullanılırlar ve kişi için güçlüklere neden olurlar, terapötik ilişkide bunlar öne çıkabilirler. Kişiler arası stil konusunda konuşabilme, burada ve şimdide, iç görü ve terapötik değişim için önemli araçlardır.[9]

3. **Rezistans (direnç):** Duyguları, meseleleri veya semptomları utanç, farkındalık yokluğu veya tükenme korkusu nedeniyle ifade etmede güçlük. Sıklıkla iyileşmeyle ilgili olarak bir ambivalans (karşıt duygululuk) vardır ve bazen hastalar belirsiz bir şekilde değişimleri engellerler. Hastalar hâlihazırdaki davranışlarından tatmin olmazlar ve farklı şekilde davranmak isterler, rezistansı düşünmenin yollarından biri de bu şekildedir. Kendi davranışlarından tatminsizliğin alt bileşenlerinden birinin altında yatan; hastanın anksiyete nedeniyle uyuma yönelik davranışta bulunma, amaçları yerine getirme ve benzeri konularda yetersiz olması yatar. Hasta davranışlarını değiştirirken terapist hastaya bilinmeyen bir bölgeye adım atmada yardımcı olmaya çalışır; yani bu olayların daha iyiye gideceğine dair inanç ve güvenden başka tanıdık hiçbir sonuç olmadan farklı şekilde davranmak anlamına gelmektedir. Kişi değişime direnebilir, eski, aşina olduğu davranış örüntülerinin güvenli olduğu düşünülür; bu uyuma yönelik değildir veya mutluluğa götürmez ama güven duygusu sağlar.

   Psikanalitik psikoterapide rezistans kavramı bazen diğerleri tarafından hastanın terapiye katılmaması nedeniyle suçlanması ile karakterize edilir veya rezistans hastayı konuşmaya davet etmeye çalışan terapistle ve inatçı hastayla karakterize edilir. Rezistans aslında hastayı anksiyeteden koruyan bilinç dışı savunmacı bir sürecin sonucu olarak değerlendirilir. Psikanalitik terapist hastayı inatçı olarak değerlendirmez, belli bir içeriği tartışmak veya uğraşmakla ilişkili anksiyete yaşayan biri olarak değerlendirir. Terapist hastaya direncin üstesinden gelmesi için genellikle anksiyete üreten materyalin ifade edilebileceği güvenli ve emin bir çevre yaratarak yardımcı olmaya gayret eder.

---

[8] Çevirenin Notu: Transferans önceki obje ilişkilerinin sonraki obje ilişkilerini etkilemesidir ve tüm insan ilişkilerinde değişen derecelerde ortaya çıkan yaygın bir fenomendir. Yoğun transferans, yoğun kişiler arası problemlere işaret eder.

[9] Çevirenin Notu: "Burada ve şimdi" kavramı ilk olarak Otto Rank tarafından belirtilmiş ve kullanılmıştır. Daha sonra Carl Rogers tarafından İnsancıl terapinin önemli ögelerinden biri hâline getirilmiştir. Daha sonra psikodinamik terapileri de etkilemiş ve burada ve şimdi odaklı, ilişkisel psikodinamik yaklaşımlar ortaya çıkmıştır.

4. **Kontur transferans (karşıt aktarım):** Bu tedavinin çok önemli bir yönü olarak değerlendirilir. Terapist hastaya karşı olan kendi duygusal tepkilerine özel bir dikkat gösterir ve bu bilgiyi hastanın içsel hayatına dair bilgi olarak kullanır. Sullivan (1953) kendini gözlemlemek suretiyle terapistin diğerlerinin hastaya nasıl davrandığını veya hastanın nasıl bilinçsiz olarak diğerlerinin duygularını ortaya çıkardığını-mesela diğerlerini öfkelendirerek onları uzak tutması gibi-nasıl anlayabileceğini tanımlamıştır.[10]

ALANDAKİ YENİ KONULAR

Bu bölümde birkaç noktada belirlediğimiz gibi, psikanalitik düşünce ve terapiler zaman içinde gelişmiştir ve psikanalitik tedavinin hâlâ ilerlediği görülmektedir. Örneğin, psikanalitik tedavinin, iki kişi psikolojisi de denilen kavramına artan bir ilgi vardır (Gabbard, 2005) Bu Sharf'a göre (2000), "İki kişi psikolojisi hasta ve terapistin birbirini nasıl etkiledikleri üzerinde durur. Buna karşılık tek kişi psikolojisi hastanın psikolojisi üzerinde durur" (s. 67). İki kişi psikoloji perspektifinde, hastayı ve onun deneyim ve sıkıntılarını anlama gayretinde, en uygun duruşun terapist veya hastada zorunlu olarak objektif bir realitenin olmadığının kabulü fikrine önem verilir. Hastayı anlamada en iyi yol, daha ziyade hem hasta hem de terapistin kendi gerçeklik kavramlarına sahip olmalarıdır ve bu kavramların terapide diğerinin davranışını etkileyeceği kabul edilir. Başka bir ifadeyle, terapist sadece hastanın psikolojik yapılanmasına ve davranışına değil, ama aynı zamanda kendi davranış, düşünce ve duygularına da ve bunların hastayı ve hastanın sıkıntılarının anlaşılmasını nasıl etkileyebileceğine de dikkat etmek zorundadır. Bu tip psikoterapinin kavramsal yapısı postmodernizm olarak bilinen daha geniş felsefi perspektiften gelmektedir ve psikanalitik düşüncenin dinamik ve gelişen yapısını yansıtmaktadır.

Genel olarak, öğrencinin psikanalitik teori ve sunulan tedavilerdeki önemli fikirleri takdir edebilecek kadar anladığı umulmaktadır; onlar uydurulan daha yeni tedavilere karşı bir mihenk taşı ve temel oluşturmaktadırlar. Psikodinamik yaklaşımlar kendi hayatlarını yaşamaktadırlar; artan bir şekilde etkili oldukları ve talep görmeye devam eden etkili terapiler oldukları ortaya konmaktadır.

BİREY MERKEZLİ TERAPİ

Bu bölümde tanımlanan diğer terapi türleri gibi (BMT, aynı zamanda danışan merkezli terapi ya da dolaylı danışmanlık olarak bilinen) birey odaklı terapi, teorik birey işlevleri modeline dayanmaktadır. Ancak teorik model, tartışılan diğer modellerden önemli derecede farklılık gösterir. Ayrıca teori, bireylerin neden ve nasıl davrandığını açıklamaya çalışan modellerden farklı olarak genellikle terapiye önem verir. Birey merkezli yaklaşıma temel oluşturan teori bireyler ile ilgili fenomenolojik görüşe dayanmaktadır.

---

[10] Çevirenin Notu: Karşı aktarım terapistin hastasına karşı duyduğu gerçek temelli olmayan olumlu veya olumsuz hisler olup terapi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir.

Bu görüşü geliştirmesiyle tanınan kişi, Abraham Maslow (1968), Otto Rank (1945) ve Kurt Goldstein (1959) gibi diğer fenomenolojistlerden çok fazla etkilenen Amerikalı klinik psikolog Carl Rogers'tır.

Kirschenbaum ve Jordan'a (2005) göre, klinik psikolojiyi, kişilik psikolojisini, eğitim ve danışmanlığı ve diğer yardım temelli mesleklerde olduğu gibi çok sayıda alanı etkilemesi ve psikoterapideki yönelimlere karşı gelen psikoterapistlerin davranışları (ör., empati, sıcaklık, koşulsuz olumlu kabul ve içtenlik gibi terapist davranışları) için bir dayanak oluşturması açısından BMT'nin etkisi çok önemlidir. Aslında, Rogers psikolojik sıkıntıların tedavisine o dönemdeki eğilimlerden tamamen farklı alanlara dayanan temel olarak farklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Örneğin, insanları kusurlu olarak değil; engellenmiş olarak görmüş ve insanların kendilerine yardım etmek için kendi kaynaklarını kullanabileceklerini düşünmüştür. Psikoterapi süreci üzerine detaylı araştırma yürüten ilk teorisyenlerden ve terapistlerden biridir ve psikoterapinin işleyip işlemediğini ya da nasıl işlediğini görgül olarak belirlemeye çalışmıştır.

Birey merkezli yaklaşıma odaklanan araştırmalar (Rogers'ın döneminden daha da aktif bir şekilde) hâlen devam etmektedir. Araştırma makaleleri de çeşitli dergilerde yayınlanmaktadır. Ayrıca, özel olarak birey odaklı yaklaşımı benimseyen çok sayıda yerel ve uluslararası kurum, eğitim olanakları ve dergiler bulunmaktadır. Rogers birey merkezli kurumların kendi adını kullanmasını desteklemediyse de (katı geleneksel inanışları teşvik etmekten endişe duymuştu), 1987'deki ölümünün ardından uluslararası alanda birey merkezli teorisyenlerin, araştırmacıların ve uygulamacıların sayısında artış görülmüştür.

Teori

Birey merkezli yaklaşım dayanağı olduğu teori, insanları anlamanın odağını ve temel noktasını her bireyin bireysel deneyiminin eşsiz ve akla uygun olduğunu kabul etmenin oluşturduğunu önermektedir. Her birey doğuştan iyidir ve kişisel gelişim için sürekli ve bitmeyen bir arayış içindedir (Flett, 2007). Birey merkezli yaklaşımdaki temel inanış, insanların büyüme ve gelişim için kendilerinin becerileri ve potansiyelleri olduğudur. Bireylerin yaşadıkları zorlukların, engellenmiş potansiyellerinden kaynaklandığı fikrini içermektedir. Özellikle, Rogers (1951) insanların doğuştan gelişime ve kendini gerçekleştirmeye yönelik eğilimleri olduğunu ve kendi becerilerine bırakılırsa insanların büyüyeceğini ve muhtemelen potansiyellerinin farkına varacaklarını belirtmektedir.

Birey merkezli yaklaşımın dayandığı teorinin özünü birkaç önemli kavram oluşturur. Öncelikle, Rogers (1951, 1961) insanların davranışını yöneten ve yönlendiren iki temel ihtiyaçları olduğu fikrini savunmuştur. Birinci ihtiyaç, **öz saygı ihtiyacı** ya da daha açık bir şekilde ifade edilirse koşulsuz olumlu kabul ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç, bireyin yaşamı boyunca öğrendiği deneyimlere dayanan kendine doğru olumlu bir yönelim ve kendisinin değerli olduğu yargısını içermektedir. Bireyler diğerleri ile olan etkileşimlerinde, belirli koşullar karşılandığında ya da sadece (değerlilik durumu adı verilen) *belirli durumlarda* değer verildiklerini ya da değerli olarak görüldüklerini hissettiklerinde, bireyin öz saygısı riske girer. Bu durum da bireyin davranışı ve bireyin gerçek doğası veya gerçek benliği arasında uyumsuzluğa neden olur. Bu uyumsuzluk da bireyde farklı düzeylerde işlev bozukluğu yaratır. İşlev bozukluğunu düzeltmenin yolu bireye tutarlı koşulsuz olumlu kabul sunmaktır.

Rogers'ın odaklandığı diğer bir ihtiyaç da kendini gerçekleştirme ihtiyacı veya bireyin olabileceği en iyi kişiyi olma ihtiyacıdır. Bu ihtiyacın önemli bir bileşeni, **kendini gerçekleştirme eğilimi** olarak bilinen, bireylerin kendileri için neyin iyi neyin kötü olduğuna dair içlerinde taşıdıkları bilgiye ve bireyleri bütün potansiyellerini gerçekleştirmeye yönelten doğuştan getirdikleri arayıştır. Bu bireylerin yalnızca büyümek ve gelişmek için doğuştan getirdikleri bir isteğin olduğunu değil aynı zamanda bireyin, olabileceği en iyi kişiyi olma arayışında onun için neyin yararlı olacağını kavrama becerisinin de doğuştan bireyde bulunduğu anlamına gelmektedir. İhtiyaç engellendiğinde ya da amacına ulaşamadığında, tekrar tutarsızlık oluşur.

Teorik duruşunu tanımlarken, Rogers (Raskin ve Rogers, 2005, ss. 139–140) terapide bireylerin nasıl işlev gösterdiğini ve değiştiğini, terapistin terapideki rolünü anlamaya yardımcı olmak amacıyla birey merkezli yaklaşımın 19 temel önerme dizisini geliştirmiştir. Bu önerilerin en temel olanlarından bazıları şunları içermektedir:

1. Her birey sürekli değişen deneyimeler dünyasında varlığını sürdürür ve birey bu deneyimin merkezidir.
2. Birey deneyimlendiği şekliyle duruma (ör., dünyayı algılamasına) tepki verir yani durum bireyin benzersiz gerçekliğidir.
3. Birey düzenli bir bütündür.
4. Bir temel eğilim vardır; gerçekleştirmek, güçlendirmek ve büyümek.
5. Davranışlar, alanda algılandığı şekilde ihtiyaçları karşılamaya yönelik amaç odaklı çabalardır.
6. Davranışı anlamak için terapist, bireyin içsel referans çerçevesini anlamak zorundadır.
7. Bütün algısal alanın bir bölümü farklılaşarak diğerleri ve çevre ile olan etkileşimden bireye dönüşür.
8. Davranışlar benlik kavramı ile tutarlıdır. Deneyimler benlik ile tutarlıysalar içselleştirilirler ve benlik ile uyumlu değilseler reddedilirler. İstenmeyen deneyimler benliğe tehdit olarak görülür.
9. Uyumsuzluk; önemli, olumlu ya da uyumsal deneyimler özümsenmediğinde ve bu deneyimler tehdit edici olarak algılandığında meydana gelir.
10. Deneyimler benlikle uyumlu olduğunda benlik tarafından özümsendiklerinde ya da özümsenebildiklerinde olumlu uyum vardır ya da olumlu uyum meydana gelir. Birey burada ve şimdi deneyimlere açıktır, yaşamını dolu dolu yaşamak ister ve kendi duygularına, algılarına ve güdülerine güvenir.

Bütün önerilere yer verilmemiş olsa da, bahsedilen öneriler temel konuları göstermektedir. Diğer terapötik yaklaşımlarla karşılaştırıldığında birey merkezli yaklaşıma ilişkin ayırt edici kavramların aktarıldığı düşünülmektedir.

Birey Merkezli Psikoterapi

Terapinin bazı özellikleri daha önce tanımlanmış olsa da, bu terapi türünde terapistin esas rolü bireyin davranışını ya da kişiliğini yönlendirmek, değiştirmek ya da bireye tavsiyelerde bulunmak değildir. Terapistin esas rolü, gelişimi ve olası engelin ortadan kaldırılmasını ve sonuç olarak gerçekleştirme eğiliminin gelişmesini destekleyen ortamı ve bağlamı sağlamaktır.

BMT'yi savunanlara göre, terapist herhangi bir tekniği tek başına (ör., yorumlama, çevresel manipulasyon, pekiştireçlerin analizi ve benzerlerini) uygulamaz. Terapist dolaylı yoldan (ör., davranışı, tartışmaları veya deneyimleri yönlendirmeden) yargılamayan, sıcak, önemseyen ve destekleyici bir ortamda danışanın deneyimlerini ifade etmesini sağlar. Psikoterapist üç temel bileşeni içerecek şekilde hastayla etkileşim ve iletişim kurarsa, danışanın önemli bir değişim göstereceğine inanılmaktadır. Aslında Rogers (1961) bu üç bileşenin tek başına önemli bir değişim yaratmakta yeterli olduğunu belirtmiştir. Bu üç önemli bileşen; empati, koşulsuz olumlu kabul ve içtenliktir.

Empati

Empati, terapistin "iletişim kurduğu kişiyi etkilemesi, tutumları gözlemlemek yerine tutumları yaşamaya, bu kişinin değişen doğasındaki her farkı yakalamaya, kelimenin tam anlamıyla diğerinin tutumlarını tamamen içine almaya" (Rogers, 1951, s. 29) çalışarak hastanın deneyimlerini, duygularını veya düşüncelerini anlama çabasını içermektedir. Terapist böylece hastanın dünyasını terapistin kendi dünyasıymış gibi görmeye çalışarak hastayı anlamaya çalışmaktadır. Terapist kendi görüşlerinden, değerlerinden veya standartlarından etkilenmemeye çabalar. Ayrıca, terapist sadece hastanın deneyimini anlamaya değil aynı zamanda bu anlayışı hastaya iletmeye de çalışır. Rogers'ın (1961) belirttiği gibi:

> Empati, diğerinde meydana gelen ve hissedilen değişken anlamlara, diğerinin deneyimlediği korkuya, öfkeye, duyarlılığa ya da kafa karışıklığına ya da hangi duygu hissediliyorsa o duyguya an ve an duyarlı olmayı içermektedir. Yargılamadan, kendisinin pek az farkında olduğu anlamları hissederek fakat kişinin tamamen farkında olmadığı duyguları açığa çıkartmak tehdit edici olacağından bu duyguları tamamen ortaya çıkarmadan geçici olarak onun hayatında yaşamak ve özenle ilerlemek anlamına gelmektedir. Bireyin korktuğu unsurlara, yeni ve korkusuz bir bakış açısıyla yaklaşarak bireyin dünyasına ilişkin hislerinizi onunla paylaşmayı içermektedir (s., 4.).

Empatik karşılık vermenin; hastanın duygularına, fikirlerine ya da deneyimlerine ilişkin ifadelerin basit bir tekrarı olmadığını anlamak önemlidir. Aslında empatik karşılık verme; genellikle kişinin söylediğinden, yansıtmak istediği mesajın ötesine geçmeyi içermektedir. Bu **çağrışımcı empati** sadece terapistin yakından dinlediği ve hastayı izlediği anlamına gelmez aynı zamanda terapistin gerçekten hastanın deneyimini ve mesajını anladığını ifade etmektedir. Buradaki önemli nokta hastanın terapistin anlayışını ve empatisini algılamasıdır.

Koşulsuz Olumlu Kabul

Koşulsuz olumlu kabul, terapistin yargılamadan ve kabul ya da onaylama için herhangi bir koşul öne sürmeden hastayı olduğu gibi kabul etmesi gerektiği fikrini yansıtır. Hasta ne olursa olsun değerli bir birey olarak görülür ve hastanın değeri terapistin davranışları aracılığıyla ifade edilir ve aktarılır. Terapistin hastaya sadece olumlu,

yargısız ve kabul edici bir tavırla davranması değil aynı zamanda hastayı kabul ettiğini göstermesi gerekmektedir. Bu terapistin hastaya, söylediklerine ya da fikirlerine katıldığı anlamına gelmez, ancak hastayı önemsediğini ve bir birey olarak kabul ettiğini ifade eder. Aşağıda yer verilen konuşma, şizofreni hastası olan Jim ile çalışan Rogers ve arkadaşlarından (1967, s. 409) alınan koşulsuz olumlu kabule ilişkin bir örnektir.

T: Size bu günde randevu vereceğim, çünkü o gün sizi görebileceğimden eminim (Randevu notunu yazarken duraksar.). Söylemek istediğim diğer bir şey de eğer işler sizin için zor olmaya devam ederse, beni aramaya çekinmeyin. Ve eğer işten ayrılmaya karar verirseniz, beni aramalarını sağlayabilirseniz memnun olurum ve – böylece önce sizi görebilirim. Sizi etkilemeye çalışmıyorum. Sadece sizi görmek isterim.

H: Bugün gidebilirim. Nereye bilmiyorum. Fakat umurumda değil.

T: Sadece kararınızı verdiğinizi ve ayrılıyor olduğunuzu hissedin. Herhangi bir yere gitmiyorsunuz. Sadece – sadece ayrılıyorsunuz, hm?

H: (Cesaretsiz bir tonda mırıldanır.) Bu yüzden gitmek istiyorum çünkü ne olduğunu umursamıyorum.

T: Efendim?

H: Bu yüzden gitmek istiyorum çünkü ne olduğunu umursamıyorum.

T: M-hm, M-hm. Bu yüzden gitmek istiyorsunuz çünkü aslında kendinizi önemsemiyorsunuz. Sadece ne olduğunu umursamıyorsunuz. Ve sanırım sadece şunu söylemek istiyorum – Sizi önemsiyorum ve nasıl olduğunuzu umursuyorum.
(30 saniyelik sessizlik)
[Hasta gözyaşlarına ve anlaşılmaz hıçkırıklara boğulur.]

T: Bir şekilde bütün bu duyguların boşalmasına neden oluyor... ve sadece ağlıyor ve ağlıyor ve ağlıyorsunuz. Ve çok kötü hissediyorsunuz... Ne kadar kötü hissettiğinizi anlıyorum. Sadece hıçkırıyor ve hıçkırıyorsunuz... Sanırım birkaç gündür hissettiğiniz bütün bastırılmış duygular açığa çıkıyor.

İçtenlik

İçtenlik veya uyum, Rogers ve Sanford (1985)'a göre "teröpatik gelişimi besleyen tutumlara ilişkin durumların en temel olanıdır" (s., 1379). Bu bir maskenin ya da profesyonellik cephesinin arkasına saklanmamayı ama gerçekçi uygun duygular ve kaygılar ve iletişimde açıklık ile hastaya yanıt vermeyi içermektedir. Terapistin aklındaki bütün düşünceleri açığa vurmadığını ancak ilişkide ortada olan ısrarcı duyguların ifadesini deneyimlemeye terapistin açık olduğunu anlamak önemlidir. Bu şekilde açık ve dürüst davranarak, terapötik ilişkinin güçlendirildiği ve hastadaki değişim olasılığının arttırıldığı düşünülmektedir.

İlişkiye ve kişiler arası davranışa odaklanma ve tekniklerin gözardı edilmesi, terapistin kullandığı belirli görevlere veya tekniklere büyük önem verme eğiliminde olan diğer tedavi yöntemleri ile çatışmaktadır. Raskin ve Rogers (2005), birey-merkezli terapinin aşağıdaki maddeleri de içeren başlıca ayırtedici özelliklerinden bazılarını detaylandırmıştır:

1. Belirli terapist tutumları (ör., empati, koşulsuz olumlu değerlendirme, içtenlik), teröpatik etkililiği sağlamak için gerekli ve yeterli durumları içermektedir.
2. Tedavi sürecinde terapistlerin hastalar tarafından kısa sürede ulaşılabilir ve her zaman hazır olmaları, geçmiş ve gelecek yerine şimdiye ve buraya odaklanmaları gerekir.
3. Fenomolojik dünyaya, hastanın deneyimlediği şekilde odaklanılmalıdır.
4. Kişiliğin yapısındansa kişiliğin değişim süreci ile ilgilenilir ve bu değişim hastanın anı daha dolu dolu yaşama becerisi ile gösterilir.
5. Psikoterapide daha fazla araştırma yapılması gerektiği vurgulanır.
6. Psikoterapinin prensipleri, her türlü sorunu olan bütün bireyler için geçerlidir.
7. Psikoterapi, hastanın gelişimini kolaylaştıran yapıcı ve olumlu kişiler arası ilişkinin uzmanlaşılmış bir örneği olarak görülür.
8. Belirli bir kişi ile ilgili teorik kesin ifadeler, önceden oluşturulmuş teoriden değil o kişinin deneyimlerinden çıkarılır.

BMT, belirli bir grup ya da bir tür sorun için geliştirilmemiştir bu nedenle de sorun merkezli terimindense birey merkezli terimi kullanılmıştır. Aslında, kişiden ve sorunundan bağımsız olarak terapiye aynı yaklaşım kullanılmıştır. Böylece, teşhis, gruplama, psikolojik test, geçmiş veya bireysel tedavi planının geliştirilmesi hiç vurgulanmamıştır. Her bireyin eşit ve değerli olduğu, psikoterapi sürecine girebileceği ve bu süreçten yararlanabileceği düşünülmüştür.

Carl Rogers'tan ve hastası Jill ile yaşadıklarından daha iyi bir örnek bulunabilir mi? Raskin ve Rogers (2005)'ta detaylı bir şekilde anlatılan seanslardan birey merkezli yaklaşımın prensiplerini göstermek amacıyla burada bir seçki yapılmıştır:

T: Tamam. Sanırım hazırım. Ve siz hazır...?

H: Evet.

T: Neden bahsetmek isteyebileceğinizi bilmiyorum ama dinlemek için yeterince hazırım. Yarım saatimiz var ve umarım yarım saatte birbirimizi tanıyabileceğimiz kadar tanırız. Ancak hiçbir şeyi zorlamamız gerekmiyor. Sanırım böyle hissediyorum. Aklınızdan geçen bir şeyi anlatmak ister misiniz?

H: Kızımla çok sorun yaşıyorum. 20 yaşında ve üniversitede. Onun kendi yoluna gitmesine izin vermekte sorun yaşıyorum... Ona karşı suçluluk hissediyorum. Ona tutunmak benim için önemli bir ihtiyaç.

T: Ona tutunma ihtiyacı. Böylece suçluluk duyduğunuz şeyleri telafi edebilirsiniz – bu ihtiyaç bunun parçası mı?

H: Bunun da çok etkisi var... Ayrıca bana gerçek bir arkadaş oldu ve hayatımı doldurdu... Onun benimle olmaması çok zor (eksik yanım). Çok fazla boşluk var.

T: Aynı boşluk, bir şekilde, burada olmadığında.

H: Evet, evet. Güçlü olabilen ve "Git ve iyi bir hayat yaşa." diyebilen bir anne de olmak istiyorum. Bunu yapmak benim için çok zor.

T: Hayatınızda bu kadar önemli olan bir şeyden vazgeçmek çok zordur. Ama suçluluk hissettiğinizden söz etmiştiniz. Sanırım aynı zamanda acıya neden olan bir şey.

H: Evet ve her zaman istediğimi almadığım için ona karşı biraz kızgın olduğumun farkındayım. Karşılanmamış ihtiyaçlarım var. Ve, uh, bu ihtiyaçların karşılanmasını istemeye hakkım olduğunu hissetmiyorum. Biliyorsunuz... O bir kız, benim annem değil – bazen annem olmasını istiyormuşum gibi hissetsem de... Bunu istemek ve buna hakkım olması çok zor.

T: Öyleyse, mantıksız olabilir ama yine de ihtiyaçlarınızı karşılamadığında kızıyorsunuz.

H: Evet, ona çok, çok kızıyorum.

Tedavinin bu noktasında, Rogers'ın danışanın konuşulacak konuyu belirlemesine ve konuşmayı yönlendirmesine izin verdiği görülebilir. Aynı zamanda, söylenenlerin anlaşıldığını belirten çok sayıda empatik yanıtın da olduğu görülebilir. Ancak söylenenlerin ötesine geçilerek, söylenenlerin yerine verilen mesaj ifade ediliyor. Etkileşime bir süre ara verildikten sonra bu fikir aşağıdaki bölümde gösteriliyor:

T: Bu noktada biraz gergin de hissediyorsunuz, sanırım.

H: Evet. Evet. Çok fazla karmaşa...

T: Ummm-hmmm

H: Çok fazla acı

T: Çok fazla acı. Bunun neyle ilgili olduğu hakkında daha fazla şey söyleyebilir misiniz?

H: (İç geçirme). Ona uzanıyorum ama o benden uzaklaşıyor. Ve geriye adım atıyor ve kendini geri çekiyor... ve sonra çok kötü biriymiş gibi hissediyorum. Bir tür canavar gibi, o küçükken yaptığım gibi ona dokunmama ve ona sarılmama izin vermediğinde...

T: Burada ikili duygular var gibi geliyor. Bir bölümü "Kahretsin, senin yakınımda olmanı istiyorum.". Diğer bölümü "Aman Tanrım, gitmene izin vermeyen ne tür bir canavarım."

Şimdi ve buraya odaklanmanın gösterimi şu şekildedir:

T: Sizden uzaklaşması

H: Evet... uzaklaşması

T: ... Elinizden kayıp gittiğini hissediyorsunuz ve siz... acı veriyor.... ve

H: Evet. Burada bir anlamda yalnız oturuyorum. Sanırım şey gibi, biliyorsunuz, gitmiş olduğunu hissedebiliyorum ve ben burada bırakılmışım.

T: Ummm-hmmm. Şu anda bunu yaşıyorsunuz: Onun gidişini ve sizi burada yalnız bırakışını

Bu bölümü bitirirken, Rogers ve BMT hareketinin terapist becerilerine ilişkin araştırmaları başlattıkları ve devam ettirdikleri için övgüyü hakkettikleri de söylemek gerekir. Terapi sürecindeki öğretilebilir mikrobeceriler konusu Bölüm 10'da zaten tartışılmıştı, ancak terapist eğitimine yönelik olan bu önemli yaklaşımın köklerinin aydınlatılması da iyi olacaktır.

◇ SİSTEM TERAPİLERİ

Sistem terapisini tanıtmak daha önce tartışılan diğer psikolojik terapi yaklaşımlarının sunumundan oldukça farklıdır. Sistem terapisinin oluşturulmasını ifade eden tek bir terim yoktur. Öncelikle terminolojiyi netleştirerek başlayalım. **Aile terapisi, çift terapisi** ve **sistem terapisi** zaman zaman birbirlerinin yerine kullanılmıştır. Biz bu terimlerin birbirlerinin yerine geçemeyeceğini savunuyoruz. Birçok aile veya çift terapisti sistem yaklaşımının eğitimi almış olmasına ve bu yaklaşımı uygulamasına rağmen, her zaman bu şekilde olması gerekmez. Örneğin, evlilik sorunlarına *duygu odaklı* yaklaşım olduğu gibi (Johnson, Hunsley, Greenberg ve Schindler, 1999), çiftlerin sorunlarına farklı bir *davranışsal* tedavi yaklaşımı da vardır (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova ve Elridge, 2000; Jacobson, Dobson, Truax ve ark., 1996).

Sistem Teorisi

Sistem görüşü ne psikolojide başlayan ne de psikolojiyle sınırlı olan çok sayıda temel görüşe dayanmaktadır. Bizi çevreleyen biyolojik ve fiziksel dünyanın unsurları veya bir sistem içerisinde ilişkiler ağı olarak görülmektedir. Fiziksel, biyolojik ya da sosyal sistem; bilimin farklı alanlarını birleştirmeye doğru ilerlemek ve karmaşık davranış fenomeni hakkında daha fazla bilgi almak için araştırılabilecek ve anlaşılması gereken ortak yapıları, davranışları ve özellikleri paylaşırlar. Ludwig von Bertalanffy'nin **güdübilim (sibernetik)** yaklaşımından ve genel sistem modelinin üretiminden çok sayıda önemli kavram çıkarılmıştır. Bu modeldeki önemli nokta, bir sistemdeki değişimin kaydedildiği ve bu değişimin evinizdeki termostatın işleyişi gibi bazı sistem parametrelerinin sıfırlanmasına neden olan **geri bildirim döngüleri** kavramıdır. Termostat, güdübilim (sibernetik) düşüncesinin hayatımızın kalitesini arttırabilecek bir teknolojiye dönüşmüş şekline örnek olarak verilebilir. 21°C'lik oda sıcaklığında termostat çalışmaya başlarsa ama oda sıcaklığının 15°C sabitlendiğini tespit ederse, termostat önceden ayarlandığı gibi 21°C sıcaklığı sağlayana kadar hava sıcaklığını arttıracak ısıtma sistemini açar ve daha sonra sistemi kapatır.

Bu bir geri bildirim döngüsüdür. Burada tanımlanan sistem terapileri ile ilişkili sistem kavramları, aralarında en fazla tanınan araştırmacıların Gregory Bateson, (Bateson, Jackson, Haley ve Weakland, 1956) ve Watzlawick, Beavin ve Jackson (1967)'nın olduğu Stanford Üniversitesi'ndeki bir grup bilim adamı tarafından sosyal bilimlere aktarılmıştır. Bu düşünce adamlarının çalışmalarının çoğu Stanford Üniversitesi'nde yapıldığı için, çalışmaları **"Stanford İletişim Teorisi"** olarak da adlandırılmıştır. Bu düşünce adamlarının geliştirdiği muhtemelen en bilinen kavram, bu bölümde daha detaylı tanımlanacak olan **arada kalma** kavramıydı.

Sistem terapisine karşı olan heyecanımızı daha fazla paylaşmak istesek de, bu kadar kısıtlı alanda giriş dışında daha fazla bilgi vermek mümkün değil. Okuyucuyu sistem terapistlerinin gerçek çalışmalarını öğrenmeye hazırlamak için, en azından Stanford İletişim Teorisi'nin unsurlarını ve başlıca önerilerini anlatmak yararlı olacaktır. Watzlawick ve arkadaşlarının, herhangi bir iletişim yapısının iletişim kuran bireyler arasındaki güç benzerliğini ya da karşılıklı güç farkını yansıttığını düşünmesi, sistem görüşüne yerleşmiş olan iletişimler teorisi ile ilişki kurulmasında önemli rol oynamaktadır.

İletişim prensiplerini daha iyi anlamalarını sağlamak için okuyucuya belirli yöntemler sunmak amacı ile Watzlawick ve arkadaşları konuyu iletişimin eksenleri dedikleri başlıca prensipler ve kurallar çerçevesinde ele almışlardır. Çalışmalarındaki en önemli prensipler ve eksenler Kutu 11.4'te tanımlanmıştır. Her eksen, tanımlanan eksenden öyküde söz edilmeden, birbirleriyle iletişim kuran insanların gerçek hayat öykülerine yer verilerek tanımlanmaya başlanmıştır.

KUTU 11.4

İLETİŞİM EKSENLERİ

1. Eksen

ÖYKÜ

Uzun süredir evli olan çift, akşam yemeğinden sonra (bu çiftin geleneksel bir çift olduğu düşünülürse) kadın mutfakta bulaşıkları yıkarken kocası ayaklarını kaldırmış salonda gazete okuyordur. Aynı zamanda kadın, sunucunun eşlerin düzenli olarak birbirlerine olan sevgilerini göstermelerinin önemini vurgulayan bir ilişkiler araştırmasından bahsettiği radyo programını dinliyordur. Kadın harekete geçmesi gerektiğine ikna olur ve kocasına yaklaşır: "Beni seviyor musun?". Erkek gazetesini okumaya devam ederken hoşnutsuz, homurdanır gibi bir sesle: "Tabii ki seviyorum" der. Kadın kocasının cevabından memnun olmamış bir şekilde ayrılır. Bu öykü "İletişim kuramıyorsunuz." sloganıyla özetlenebilecek 1. Eksen'i tanımlamaktadır.

AÇIKLAMA

Görünürde, kadın beklediği cevabı almıştır "Evet, seni seviyorum." fakat bu cevabı anlamlı bulmaz. Çünkü iletişimde iki hassas unsur vardır. Bunlar, sözel özellikler (bu öyküde açıkça doğrulayıcı) ve sözel olmayan özellikler (bu öyküde sözel ifadenin içeriğine açıkça uymayan). Normalde sözel ve sözel olmayan unsurlar birbirlerine uyduğunda, iletişiminin güvenilir ve açık olduğunu düşünürüz. Bu öyküde, bu şekilde bir iletişim erkeğin gazetesini bırakıp, eşine sevgi dolu gözlerle bakması ve heyecanla eşine olan sevgisini ifade etmesini gerektirirdi. Bu olmadı. Sözel ve sözel olmayan bileşenler birbirine uymadığında etkileşimin genel izleminin ne olduğuna ilişkin ikinci bir soru ortaya çıkıyor. Sosyal psikolojideki çok sayıda araştırmadan insanların iletişimin sözel olmayan özelliklerine sözel olanlara göre daha fazla inanma eğiliminde olduklarını biliyoruz.

(devam ediyor)

KUTU 11.4 (DEVAMI)

Bu öyküde, kocasının aşkını isteksiz bir şekilde söylemesi sözel anlamın önemini yitirmesine neden olduğundan, kadının mutsuz olması anlamlı geliyor.

Kişi sözel bir yanıt vermemeye çalışsa da ya da bir e-postayı görmezden gelse de ya da konuyu değiştirse de, bu kişi bir şekilde iletişime geçmekte ve ilgilenmediğini göstermektedir.

2. Eksen

ÖYKÜ

Suzanne M., işte uzun bir süre geçirdikten sonra eve gelir ve kocası Peter'in güzel bir akşam yemeği hazırlamış olduğunu görür. Yemekte Peter, arkadaşları Maria ve Luis'le az önce telefonda konuştuğunu, cumartesi günü akşam yemeği ve kart oynamak için onları davet ettiğini söyler. Suzanne biraz itiraz ettiğinde, Peter daha iki gün önce Suzanne'nin Maria ve Luis'i davet etmekte geç kaldıklarını ve bu çiftle yemek yemekten ve akşamları kart oynamaktan genellikle hoşlandıklarını söylediğine dikkat çeker. Yine de Suzanne bu karardan dolayı mutsuz olmaya devam eder ve Peter bunun nedenini anlayamaz.

Bu öykü, *her iletişimin bir konusu ve ilişki ile ilgili bir mesajı içerdiğini anlatan* 2. ekseni göstermektedir.

AÇIKLAMA

Bu öykü içerik ve ilişkiye dair özellikler olmak üzere ayrı ayrı incelendiğinde, Peter'in geç kalınmış daveti Maria ve Luis'e iletmesinden oluşan içerik düzeyinde herhangi bir sorun görülmemektedir. Fakat ilişkiye dair iletişim düzeyinde, muhtemelen Suzanne, Peter'in davetin zamanı konusunda kendisine danışmamasından, bu davranışın Peter'in kontrolü ele almasını ve karar alıcı olarak Suzanne'nin rolüne saygı duyulmamasını yansıttığı için tepki göstermiştir. İyi iletişim becerileri konusunda deneyimli çiftler bu iki bileşenin farkına varmayı ve bileşenleri birbirinden ayırmayı öğrenmişlerdir ve bu nedenle gereksiz tartışmalardan kaçınabilmektedirler.

Diğer bir öykü bu eksenin daha iyi açıklanmasına yardımcı olabilir. Yerel barda bira içip siyasi konuları tartışmak için bir araya gelen iki adamı düşünelim.

KUTU 11.4 (DEVAMI)

Her siyasi konuda fikir ayrılığı yaşarlar fakat barın kapanış saatine kadar tartışmaya devam ederler ve birkaç gün sonra bu sahne tekrarlanır. Hiçbir konuda anlaşamayan iki kişi neden birlikte bu kadar çok zaman geçirirler? Yanıt; iletişimlerinin ya da ilişkilerinin siyasi konularda anlaşma ile ilgili olmadığı ama saygı duydukları bir kişiyle tartışma yapmaktan keyif alıyor olmalarıdır. İçerikte anlaşmasalar da, birbirlerinin tartışmaya girmesini sağlayarak sürekli birbirlerini haklı çıkarırlar. Eğer sorulsaydı, birbirlerinin en iyi arkadaşı olduklarını söyleyebilirlerdi! Öte yandan, siyasi konulardaki anlaşmazlık gerçek bir dışlayıcı ilişkiye dönüşebilirdi. Örneğin, tartışmanın başlangıcında adamlardan birinin ayağı kalkıp diğerine: "Aptalsın, zamanımı harcayamayacağını bir cahilsin" diyerek barı terk eder. Bu durumda, içerik (siyasi konulardaki anlaşmazlık) ve iki adamdan birinin diğerini tamamen reddetmesi (ör., "İlişkimiz yok" mesajı vermesi) arasında belirgin bir uyum vardır. Arkada bırakılan adam her açıdan uzak durulduğu için anlaşılabilir bir şekilde kırılmış hissedecektir.

3. Eksen

ÖYKÜ

Barney B, bütün gün fabrikada zorlayıcı bir işte çalışan çalışkan biridir; ancak çoğu akşamını içki içerek geçirir ve eve geç saatte sarhoş gelir. Eşi Martha, Barney'in içki içmesi ile ilgili ona zor anlar yaşatır ve bazen eğer evlilik danışmanına gitmezlerse boşanmakla tehdit eder. Terapi seansları sırasında, Martha, Barney'in içki içmesinden yakınır ve içki içmesinin neden gerekli olduğunu anlamaz. Barney durumu eşinin çok mutsuz olmasına bağlar ve evden uzakta olup içki içeceği ve böylece eşinin mutsuz yapısına katlanmak zorunda olmayacağı ile ilgili olarak sürekli yakınır. Dışarıdan bakan birine, iki tarafın da mutsuzluğu ve neden mutsuz olduklarına dair açıklamaları anlamlı gelebilir. Evde Barney'inin tanımladığı gibi geçimsiz bir ortam varsa, bu ortamdan uzaklaşmak istiyor oluşu anlaşılabilir. Tabii ki eşi de sürekli evde yalnız bırakıldığı ve Barney'nin içki içmesi orta halli aile bütçesini çok etkilediği için eşinin de yakınmak için nedeni vardır. İki taraf da birbirini sorunu başlatmakla ya da sorunun nedeni olmakla suçlar. Buradaki sorun iki suçlamanın da anlamlı olmasıdır. Bu öykü bir sonraki ekseni tanımlar: *İlişkideki birçok sorunun başı ya da sonu yoktur.*

(devam ediyor)

KUTU 11.4 (DEVAMI)

AÇIKLAMA

Evlilik terapisinde, çiftler terapiste genellikle eşlerden diğerinin sorunun kaynağı olduğunu doğrulamasını isteyerek yaklaşırlar. Eğer eşlerden diğeri "onarılabilirse", sorun ortadan kalkacaktır (böyle olacağına işaret ederler). Bu yaklaşımdan kaynaklanan felç, evlilik sorunlarının devam etmesine neden olur. Sistem terapistleri bu sorunu **noktalama sorunu** olarak adlandırırlar çünkü hiç kimse objektif olarak sorunun başlangıcını ya da sonunu belirleyemez ya da hiç kimse tamamen masum olduğunu ve bütün suçun diğer tarafta olduğunu iddia edemez.

Bu eksenden, devam etmekte olan savaşların tarihini anlamada yararlanılabilir ve 2000 yıldır süren savaşlardan sonra neden hâlâ Orta Doğu'da barışın sağlanamadığını anlamamıza yardımcı olabilir. Eğer Filistin'in düzenlediği bombalı intihar saldırısında İsrailliler ölürse, Filistinliler bunun kendilerine yönelik yapılan şiddetin intikamı olduğunu savunurlar. İsrailliler de büyük ihtimalle bu saldırıyı, karşı saldırı düzenlemek için bir neden olarak göstereceklerdir. Bu anlaşmazlıktaki iki taraf da, tarafsız olarak meydana gelen tarihi olayları, davranışlarının nedeni olarak kullanır ve davranışlarını bir saldırı olarak değil karşılık olarak tanımlar. Buradaki amaç saldırmadığını ama tepki verdiğini söyleyerek ahlaki olarak kendini daha üst bir konuma yerleştirmektir. Elbette, bulunulan tarafa göre iki taraf da haklıdır ve bu nedenle de hiçbir sorun çözülmez. İletişimde noktalama sorunun ekseninin, bu şekilde sona ermeyen savaşların ve şiddetin tarihini anlamak için güçlü bir açıklayıcı yaklaşım olduğunu savunuyoruz. Evlilik terapisinde, bu durum (genellikle gerçeğe dayalı) tarihsel güven eksikliği olarak yorumlanır ve terapistin görevi, terapiye suçlunun tek bir kişi (yani, diğer eş) olduğu fikrinin tamamen bırakılarak başlanması için iki tarafın da anlaşma yapmak için söz vermesini ve güvenin yeniden inşa edilmesi için belirli küçük adımlar atmayı kabul etmelerini sağlamaktır.

4. Eksen

ÖYKÜ

Julianne ve Felix, 12 yıldır beraberdirler ve iki küçük çocukları vardır. İlk çocuklarının doğumundan sonra Julianne'nin Felix'in iyi okuyup yazamamasından ve bu nedenle düşük ücretle yükselme imkânı olmayan bir işte çalışması ile ilgili yakınmaya başlamasına rağmen genellikle iyi anlaşıyor görünmektedirler. Ancak bu konuyu hiç bir zaman doğrudan tartışmamışlardır. İlk tanıştıklarında Julianne, Felix' i oldukça çekici bulmuştur ve okuma yazmayı iyi bilmemesini bir sorun olarak görmemiştir. Felix ise, Julianne'yi hoşlandığı diğer kızlar kadar güzel bulmamış fakat Julianne ona karşı iyi davranmıştır ve Julianne onu olduğu gibi kabul etmiştir.

KUTU 11.4 (DEVAMI)

Uzun bir süre ilişkileri sorunsuz devam eder. Felix, Julianne'nin onun okur yazarlığını ilerletmesi için yaptığı ısrarları kabul eder. Yüksek okul diploması, işinde daha yüksek maaş ve terfi almak amacıyla gece okuluna gitmeye başlar. Felix'in, düşündüğünden daha zeki olduğu ortaya çıkar ve çok kısa bir zamanda yüksek okul diplomasını alır. Eğitim almaktan o kadar keyif almıştır ki akşamları işletme dersleri almaya başlar. Birkaç yıl içinde şirketinde eski maaşının üç katı bir maaşla orta düzey bir yönetici olur. Tabii ki Julianne bütün bu değişikliklerin farkındadır ve Felix'in iş hayatındaki yükselişinden memnun olur. Ancak Felix, çok çekici Julianne'den çok daha genç sekreterine aşık olduğunda ve Julianne'den boşanmak istediğini söylediğinde çok şaşırır ve bunun başına geleceğini hiç tahmin edememiştir. Bu öykü 4. ekseni tanımlamaktadır: *Her etki bir tepki doğurur.*

AÇIKLAMA

Sistem teorisi, uzun süredir ilişkileri olan iki kişiyi birbirine bağımlı bir çift olarak görür. Bu iki kişi birbirine öyle bağlıdır ki birindeki bir değişim diğerini de etkiler ve bu iki kişi arasındaki dengeyi sağlamak için diğerinin değişiklik yapması gerekir. Bu durum bir kayıktaki iki denizcinin durumuna benzetilebilir. Aynı kilodaki iki denizci kayığın karşılıklı köşelerinde oturduklarında kayık düz bir şekilde dengededir. Eğer biri ortaya ya da diğer tarafa doğru kayarsa, diğer denizci ortaya doğru gelip dengeyi sağlamazsa kayık yana yatabilir ve hatta alabora olabilir. Bu açıdan, Felix'in okula dönmesi sonrasında terfi alması evlilikteki konumunu fazlasıyla değiştirmiş ve Felix'in güvenin artmasına neden olmuştur. Öte yandan, Julianne, Felix'in güven kazanmasını dengeleyecek herhangi bir değişiklik yapmamıştır. Okuyucunun ahlaki açıdan Felix'in evlilik ilişkisini bitirmesini kabul etmekte zorlanma ihtimali olmasına karşın, sistem teorisi eşlerden birinin böyle önemli değişimler geçirmesinin ilişki açısından önemli sonuçları olacağını öngörecektir. Psikoterapinin dışındaki dünyada da bu olay gibi çok sayıda örnek bulunmaktadır. Telefon şirketlerini örnek olarak ele alalım. Uzun yıllar boyunca müşterilerin telefon şirketi seçme şansları yoktu ve uzak mesafe konuşmalarına oldukça fazla ücret ödediler.

(devam ediyor)

KUTU 11.4 (DEVAMI)

Hükümetin serbestleştirme yasalarından sonra, diğer işletmeler çok fazla kar edebileceklerini keşfettiler ve uzak mesafe arama sistemleri için düşük ücretler önerdiler. Çok sayıda müşteri bu düşük fiyatlardan hemen yararlanmak istedi. Uzak mesafe telefon masraflarının azalması müşterileri memnun etti. Başlangıçta hizmet sağlayıcı ve tüketici arasında bir düzen varken ve bu düzen, serbestleşme (deregulation) olana kadar devam etmiştir. Eskiden tekel olan ve yüksek ücretler isteyen sağlayıcının artık ücretleri düşürmekten ve tekrar rekabete girmekten başka seçeneği kalmamıştır.

5. Eksen

ÖYKÜ

Jennifer ve David, daha önce hiç kimseyle sevgili olmamış 15 yaşlarındaki iki gençtir. İkisi de utangaç yapılıdır. Fakat utangaçlıklarını yenerek ilk kez buluşmaya karar vermişlerdir. İlk buluşmada ne yapıldığı ile ilgili hiç bir fikir olmayan David, Jennifer'a Van Gogh resimlerinin sergilendiği yerel müzeye gitmeyi önerir. David'le olmaktan mutlu olan Jenifer kabul eder. Buluşma yeterince iyi geçer ve ikinci bir buluşma ayarlarlar. Çok fazla utangaç görünmek istemeyen Jennifer, David'in müzeleri sevdiği için müzeye gitmeyi önerdiğini düşünür ve bir sonraki buluşmalarında tarih müzesine gitmeyi önerir. Buluşma iyi geçer ve David Jennifer'ın müze önerisinden Jennifer'ın müzeleri çok sevdiği anlamını çıkarır çünkü ilk başta Jennifer onunla müzeyi gitmeyi kabul etmiştir. Sonra da Jenifer, tarih müzesine gitmeyi önermiştir. Bu yüzden David tekrar müzeye gitmeyi önerir. İlişki ilerlemeye devam ederken, daha fazla müzeye giderler. Bir gün, Jennifer, "David, seninle olmayı seviyorum ama müzelerden nefret ediyorum. Başka bir yere gidemez miyiz?" diye birden sorar. David bu ani çıkışa şaşırır çünkü müze ziyaretleriyle Jennifer'ı mutlu ettiğine kendini inandırmıştır. Bu öykü diğer bir ekseni tanımlıyor: *Denenmemiş varsayımlara göre hareket etmek iyi değildir.*

AÇIKLAMA

İlk buluşma acemiliğinden kaynaklanan utangaçlık nedeniyle, iki gençten hiçbiri kişisel tercihlerini doğrudan ifade edecek ve diğerinin en çok yapmaktan zevk aldıkları şeyleri öğrenecek kadar rahat hissetmemiştir. Açıkçası Jennifer, David'in ilk buluşmada ne yapılacağını bilmemesinden kaynaklanan müzeye

KUTU 11.4 (DEVAMI)

gitme önerisini yanlış yorumlamıştır. Bu senaryo David'in, Jennifer'in başka bir müzeye gitme davetini yanlış yorumlamasıyla daha kötü bir hâl almıştır. Ayrıca, varsayımlara dayalı bu tür hareketler çok utanç verici sosyal durumlara neden olabilir. Örneğin, birisi hafif toplu bir kadına ne zaman doğum yapacağını sorabilir. Bunun üzerine kadın biraz utanarak "Hamile değilim, sadece şişmanım." diye cevap verir. Varsayımlara dayanmak, "ayak ve ağız hastalığı"na klasik bir giriştir. Sistem terapisi açısından, bu ekseni anlamak; net, doğrudan sözlü iletişim yönteminin kazanımını çok fazla destekler.

Eksenler açısından, Kutu 11.4'te tanımlanan iletişim özelliklerinin ya da kurallarının yanısıra, iletişim sorunlarının nasıl ortaya çıkabileceğine ilişkin diğer tanımlar da ortaya çıkabilir. Bu bölümde tartışılacak en önemli kavramlar paradokslar ile ilgilidir. Tanım olarak paradoks imkânsız bir durumdur, ancak sistem teorisinde, bir paradoks diğerleri için çok karışık ve çözülmesi zor da gelse, insanlar bu tür durumları yaratmakta oldukça beceriklidirler. Örnek olarak şu sözü ele alalım "Yalancıyım." Teknik olarak İngilizce doğru kullanılmış, tam bir cümle yazılmış ve cümle ilk bakışta anlamlı görünüyor. Yakından incelendiğinde ise iki mesajın ikisinin de doğru olamayacağı anlaşılıyor. Yalan söylemeyi alışkanlık hâline getirmiş bir kişi olmak için doğruyu söylemezsiniz bu nedenle de hiçbir zaman böyle bir cümle kurmazsınız. Yalancı olduğunu kabul eden biri de tanım itibariyle doğru söylüyordur. Burada belirtilmesi gereken temel konu, insanların **sözel paradoks** olarak adlandırılabilecek karışık mesajlar göndermek için dili kullanabildikleridir. Dinleyici, bu kişinin ne söylemeye çalıştığını bilmeyecektir. Sorunu çözmek için söylediklerinin karışık ve çelişkili olduğunu söylemekten ve bir açıklama istemekten başka bir seçeneğini olmayacaktır. Paradoksu farkeden ve açıklama isteyen kişi **metailetişimi** (ör., **iletişim ile ilgili iletişim kurma**) kullanmaktadır. Sistem teorisinde metailetişim, durumdan bir adım geri atarak söylenen söze doğrudan karşılık vermeden durumu derinlemesine düşünmek anlamına gelmektedir. Bu tür bir paradoksu tanımlamak için kişiler arası başka bir öykü kullanılabilir. Evlilik terapisinde, kadın eşinden, daha fazla kendiliğinden (spontan) davranmasını ister. Böyle bir isteği gerçekleştirmek imkânsızdır fakat karşılık vermek de imkânsızdır çünkü kendiliğinden davranış gösterme zaten kelime anlamıyla birinden bir şey istenmeden yapılanlar için kullanılır. Bize söylendiği için kendiliğimizden davranış göstermeye çalıştığımız an, gerçekten içimizden geldiği için davranışı yapmak yerine komutu izlemiş oluruz. Bu tür çarpık ve karmaşık iletişim yöntemleri bir ilişkiye önemli derecede zarar verebilir. Bu durum *"Virginia Woolf'tan Kim Korkar?"* adlı çok bilinen kitapta ve kitaptan uyarlanan filmde zekice gösterilmiştir. Mesajı alanın, istenenin yapılmasının imkânsız olduğunu düşündüğü durumlarda, "Daha fazla kendiliğinden davranmanı istiyorum" gibi imkânsız bir istek metailetişim kullanılarak çözümlenir.

Paradoks davranışlar arasında en zor senaryo, paradoksun metailetişimin yapılmasını desteklemediği durumlarda ortaya çıkar. Bu senaryoya Watzlawick ve yardımcı yazarları arada kalma demişlerdir. Böyle bir senaryo aslında psikiyatri hastanesinde hademe olarak çalışmış yazarlardan biri tarafından (W.L.) yaşanmıştır ve unutulmayacak bir şekilde gerçekleşmiştir:

> Olanlar şu şekilde özetlenebilir: Bir pazar günü öğleden sonra, kilitli koğuşta kalan hastaların ziyaret saatidir. Artık durumu daha az değişken ama hâlâ duygusal olarak çok kırılgan olan 16 yaşındaki şizofreni hastasıyla güzel bir bağ kurmuştum. Biyolojik annesinin, kız kardeşinin ve üvey babasının ziyarete geleceklerini öğrenmiş ve sabırsızlıkla bu ziyareti beklemektedir. Saat 14.00'te ziyaret saatinin başladığını belirten zil çaldığında, bu ilişkiyi izleme fırsatım oldu. Üç ziyaretçi beklendiği gibi geldiler. 16 yaşındaki hasta, kolları annesine sarılmaya hazır ve mutlu bir şekilde annesine doğru neredeyse koştu. Anne oğlunun ne yapacağını doğru bir şekilde anladı ancak ona sarılmasını istemedi. Anne, olumlu duyguların bu şekilde heyecanlı gösterimini onaylamayan sözlü olmayan işaretler gösterdi. Oğlu bu reddetme işaretlerini doğru bir şekilde algıladı, geri adım attı ve annesinin ondan nasıl davranmasını beklediğini göstermesi için bekledi. Annesi de oğlunun geri çekildiğini anladı ve ona "Bir oğlun annesine sarılmak istemesi normaldir." dedi. 16 yaşındaki hasta için şaşırtıcıydı ve tamamen kafası karışmıştı. Kırılmış hissederek içine kapandı çünkü açıkçası yaptığı ya da yapabileceği hiçbir şey bu paradoksu, yaklaşma-reddedilme durumunu çözemeyecekti. Etkileşim tam anlamıyla açık olmasa da, duygusal açıdan fazlasıyla yıkıcıydı. Bu nedenle ailesinin ziyaretinden sonra 16 yaşındaki hastayı rahatlatmak için onunla biraz zaman geçirmem gerekti ve karmaşık aile dinamiklerini uzun süre tartıştık.

Özgül Sistem Terapisi Yaklaşımları

Bir dizi görece teorik iletişim eksenlerinden ve tanımlayıcı öykülerden gerçek terapi uygulamasına nasıl geçilir? Sistem terapisi alanında en iyi bilinen terapistler çalışmalarını bu iletişim prensiplerine dayandırmıştır fakat bunu etkili bir şekilde kendi alt teorilerini ve kavramlarını oluşturarak yapmışlardır. Burada özellikle, iki sistem terapistinin, Dr. Virginia Satir (1964) ve Dr. Salvador Minuchin (1974)'in çalışmalarına yer veriyoruz. Satir de, Munchin de sadece teorileri nedeniyle bilinmiyorlar fakat aynı zamanda bu teorilerini hayata geçirmeleriyle de tanınıyorlar. Davranış terapisinin yapısındaki sistematik duyarsızlaştırma protokolünün doğru bir şekilde uygulanması yeni bir terapist tarafından da kolayca öğrenilir. Ancak sistem yaklaşımlarındaki terapistlerin rahatlama alanlarının gelişimi muhtemelen daha uzun sürecektir.

Satir (1964) üyesi olduğumuz sosyal sistemlerin (özellikle çiftlerin ve ailelerin) doğal olarak birbirine bağlı ve bağımlı alışkanlıkları ve gelenekleri olduğunu belirtmiştir. Ancak bu sistemlerin; yeni bir aile üyesinin gelişi, çocukların büyüyerek kendi kararlarını alma ihtiyacı, ya da bir ebeveynin işini kaybetmesi gibi dışarıdan gelen etkilerle baş etme gibi kaçınılamaz değişimlere uyum sağlamaya açık olması gerekmektedir. İstikrarın kısa dönemde yararları olsa da, sosyal sistemler katı olduklarında işlevsizdirler.

Çok geleneksel geçmişleri olan göçmen aileler ile çalışan terapistler sıkı sıkıya bağlı olunan geleneksel değerlerin yeni kültürdeki daha liberal değerlerle çatışmasına sık sık rastlarlar. Özellikle göçmen ebeveynler geleneksel kültürü güvenlik kaynağı olarak görürler. Çocukları yeni kültürle ne kadar fazla etkileşim kurarlarsa, geleneksel değerler üzerinde de o kadar çok baskı yapar.

Terapist olarak Safir aile üyelerinin güç dağılımında, birbirleriyle ilişki kurarken kullandıkları tarzlara, birbirleriyle nasıl iletişim kurduklarına odaklanmıştır. Sık kullanılan beş etkileşim tarzı olduğunu önermiştir:

1. **Yatıştırma:** Bu terim diğerlerine katılıyor gibi görünen ama uzun vadede aslında onları görmezden gelen ya da sabote eden bir kişiyi tanımlamaktadır.
2. **Suçlama:** Suçlayan bir kişinin sorumluluğu başkalarına atması ve sistemin üyesi olarak yapıcı bir şekilde sisteme katılmaz. Kendine karşı eleştirel olamaz.
3. **Aşırı mantıklı olma:** Aşırı mantıklı kişi mantığa ve diğerleriyle kabul edilebilirliğe o kadar çok önem verir ki diğerlerinin kendilerine özgü duyguları olmasına yer yoktur. Ayrıca aşırı mantıklı kişi kendi ihtiyaçlarının neler olduğunu ve bu ihtiyaçların nasıl giderilebileceğini kavramakta zorlanabilir.
4. **İlgisiz:** Bu tarzı benimseyen kişi zor durumları ciddiye almayacaktır. İlgisiz durumlarda espri yapar ve kritik sorunların çözülmesine katılmaz.
5. **Uyumlu:** Bu tarzın en işlevsel tarz olduğu belirtilmiştir. Terapist sistemin her bir üyesinde bu tarzı geliştirmek ve oluşturmak ister. Uyumlu kişi diğerlerinin duygularını anlarken ve duygularını göstermelerine izin verirken, kendi duygularını da anlayabilir. Herkesin fikrini söylemesinin desteklenmesini isteyecek, her bireyin ihtiyaçlarını ve durumun gerektirdiği ihtiyaçları en iyi şekilde dengeleyecek çözümlere ulaşılması için elinden geleni yapacaktır.

İlk dört tarzdan birini benimseyen kişiler, sözel ve sözel olmayan iletişimleri bazen uyuşmayan kişiler olarak tanımlanabilirler. Problem çözümüne çok az katkı sunarlar ya da neredeyse hiç yapıcı katkı sunmazlar. Gerçek terapi teknikleri açısından Satir yönteminde, bir sistem terapisti oldukça yönlendirici olabilen çok sayda teknik kullanabilir. Terapist iyi iletişim ve müzakere becerilerini öğretebilir, yapıcı davranışları pekiştirebilir, bireylerin duygularını ifade etmelerini ve bireyin eşsiz oluşunu destekleyebilir. Bu fazlasıyla doğrudan ve neredeyse kuralcı tarzın, bütün aile bireyleri ile güçlü ilişki kurmuş olan, kendinden emin ve olgun bir terapist tarafından uygulanmasını gerektirir. Terapist böyle olmadığında, bireyler terapiye katılmayacaklardır.

Minuchin yaklaşımını, yapısal aile terapisi olarak adlandırır. Aile üyeleri arasındaki ilişkileri ya da aile üyeleri alt gruplarının ilişkilerini izleyerek aile içindeki sorunlara yönelir. Bu izlenimler, farklı **alt sistemler** arasındaki **sınırları** olduğu kadar iletişim alışkanlıklarını ve altlarında yatan güç dinamiklerini gösterir. Aile içindeki patolojinin kaynağı olarak bireyler görülmez ancak alt sistemlerin yapmaları gerekeni yapamadıklarından patolojinin ortaya çıktığı görüşü savunulur. Örneğin, Ebeveynlik bir alt sistemdir ve bu alt sitemde ergenler tüm otoriteleri reddetmeye çalışırken ebeveynlerin bu otoriteyi sağlamları ve yapılandırmaları beklenir. Ergenlerin isyanı tek başına patoloji olarak görülmez ancak bu normal gelişimsel

kalıba esneklikle cevap verememenin sorunlu olduğu düşünülür. Yapısal aile terapisi, ailenin oynamasını benimsediği rollerine ilişkin daha çok normatif fikirleri ile tanımlanmaktadır ve bu rollerin aile üyelerinin doğal gelişimsel düzeyleriyle uyumlu olması beklenir. İşlevsel sosyal sistemler, **alt sistem sınırlarının** netliğine ve uygunluğuna dayanır. Aile alt sistemlerinin ayırt edici özelliği, tipik olarak çocukların alt sistemi üzerinde otorite kuran ebeveyn alt sistemlerinin yukarıda olduğu *güç* hiyerarşisidir. Sağlıklı ailelerde, ebeveynler ve çocuklar arasındaki sınırlar kesindir ve *ebeveynlerin* birbirleriyle etkileşim kurmasına, ebeveynliğin yöntemleri ve amaçlarını müzakare etmelerine olanak sağlayacak şekilde yarıgeçirgendir. Sağlıklı ailede, çocuklar kardeşleriyle sosyalleşirken özerktir; ancak ebeveynler çocukların destek, ilgi ve rehberlik ihtiyaçlarını görmezden gelecek kadar katı ve ilgisiz değildir. Ayrıca, ailenin kadınlarının ilgilenmediği kasabadaki araba yarışına baba ve oğlunun gitmek istemesi gibi örneklerle tanımlanabilecek erkeklerden oluşan bir alt sistem de olabilir. Diğer yandan, babanın, kızı büyüdüğünde ona araba kullanmayı öğretmesi gibi arasıra sadece kızıyla da zaman geçirmesi için imkânlar da oluşturulmalıdır. Bu senaryolar, net ama geçirgen olan ve bu nedenle de uygun sınırları tanımlamaktadır. Diğer yandan, 22 yaşındaki kızlarının kiminle görüşeceğini kontrol etmeleri gerektiğini düşünen ve gece 10'da evde olması ile ilgili baskı kurmaya çalışan ebeveynlerin sınırlarının katı olduğu düşünülmektedir. Bu tanımlar yapılırken kültürden etkilenildiği göz önüne alınmalıdır ve böyle bir durumda Minuchin tarzını kullanan bir terapist, gelişimsel evreleri ve 22 yaşındaki gençlerin yaşlarına özel tipik davranışlar ile ilgili bilgilerini kullanır ancak aileye kendi değerlerini de empoze eder.

Ebeveyn ve çocuk arasındaki sınırlar net olmadığında ve ebeveyn çocuğunu yetişkin gibi davranmasını istediğinde ya da kendisi yetişkin gibi davranamadığında, bu sınırlar **olumsuz bir duruma** dönüşür. Ne yazık ki boşanmanın yaşandığı ailelerle çalışan psikologlar, bu senaryolarla sık sık karşılaşır ve örneğin ne zaman 14 yaşındaki oğulun evdeki erkek rolüne geçeceğini bilebilirler. Elbette, ebeveyn ve çocuklar arasındaki sınırların ihlaline en uç örnek ensestir.

Sınırların izgesinin diğer ucunda duygusal olarak ilgisiz (genellikle ergenler olmaz) ya da fiziksel olarak arada sırada evde bulunmayan (maddi sıkıntılar nedeniyle başka bir şehirde çalışan ebeveyn gibi) bir aile üyesi olabilir ve bu aile üyesine aileden **kopmuş** üye denir.

Terapide, terapist olumlu değişimin katalizörü olarak aile sistemine gerçekten girer ya da **katılır**. Bir aileyle birleşme, yapısal aile terapistinin aileyle olan terapötik ilişkisinin başlarındaki amacıdır. Değişimi hızlandırmak için, Minuchin terapi seanslarının şeklini değiştirir. Değiştirilmek istenen alt sistemleri, mesafe bırakarak ve yerini değiştirerek ya da alt sistemin üyesi olmayanların odadan çıkmasını sağlayarak ailenin geri kalanından ayırarak yapılandırır. Bu müdahalelerin amacı genellikle, aile üyelerinin işlevsiz yapıları görmelerine ve **yeniden yapılandırmaya** açık hâle gelmelerine yardımcı olmak için aile sisteminin **dengelenmesini** sağlamaktır. Değişimin aşamalı olarak gerçekleşmesi ve yararlı ve kalıcı olabilmesi için sindirilebilir adımlar atılarak ilerlenmesi gerektiğine inanır. Yapılar kendi kendilerini yenileme eğiliminde olduklarından, Minuchin özellikle olumlu geri bildirim olduğunda terapötik değişimin muhtemelen korunacağını ileri sürer.

Sistem terapisinin etkililiğini değerlendirmek oldukça zordur; çünkü tanım olarak tek bir belirtiden ya da tek bir hastadan söz edilmemektedir. Bir olasılık, çiftlerin evlilikten aldıkları doyumu değerlendirmek ve daha sonra zaman içinde bu özelliği çalışmak olabilir. Yine de, bu durum, Russell ve arkadaşlarının (1987) aile sistemleri terapisini bireysel terapiyle karşılaştırırken başarılı bir şekilde gösterdikleri gibi sistem terapisinin sonuçları üzerine araştırma yürütülmesini engellemez.

SONUÇ

Bu bölümde klinik psikolojide kullanılan başlıca üç psikoterapötik yönelimin teorik mantığını ve terapötik yaklaşımlarını özetledik: psikanalitik psikoterapiler, birey merkezli terapi ve sistem terapisi. Psikanalitik tedaviler, psikolojik terapilerin öncülleri olarak görülmektedir ve yaklaşık 100 yıldır kullanılmakta, hâlen iyi bir şekilde ve geliştirilerek yapılmaktadırlar. Bu bölümde birey merkezli tedavi de tanımlanmıştır. Terapist eğitimi ve terapistin mikro becerilerinin yapılandırılmasına önem vermesi açısından övülmüştür. Son olarak, sistem terapisi, çok sayıda teorik durum ve bu alanda çalışan tanınmış bir terapist tarafından tanımlanan terapi yaklaşımı ile açıklanmıştır.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Bölümün başında belirtildiği gibi, birçok öğrenciye klinik psikoloji alanında artık psikanalitiğin ve psikanalitik psikoterapilerin kullanılmadığı öğretilmektedir. Jonathan Shedler (2006)'ın "O zamanlar öyleydi, şimdiyse böyle: Geri kalanımız için psikanalitik psikoterapi" başlıklı ilginç yazısı yalnızca bu fenomeni kanıtlamıyor; ama aynı zamanda bu fenomenin ne kadar yanlış olduğuna da dikkat çekiyor. Örneğin, yapılan bir eleştiri psikanalitik tedavilerin diğer tedavilerden daha aşağı düzeyde olduğudur. Yakın zamanda Amerikan Psikoloji Derneği'nin, *American Psychologist* adlı dergisinde yayınlanan bir makalede aynı Shedler (2010) psikanalitik tedavilerin etkili ve yararlı olduklarını destekleyen ikna edici tezler ve veriler sundu. Klasik psikanalizin haklı bir eleştirisi terapinin uzun sürmesi ve ücreti olmuştur. Ancak daha kısa süren analitik ve kişiler arası terapilerin geliştirilmesiyle bu eleştirinin önüne geçilmiştir.

Danışan merkezli tedavi şu anda, tek bir tedavi (ör., diğer yaklaşımlarla birlikte kullanılmadan) olarak danışanlara herhangi bir psikolojik rahatsızlığın tanısının konulmadığı okullarda ve danışmanlık hizmeti verilen yerlerde genel olarak kullanılmaktadır. Carl Rogers, danışan merkezli yaklaşımın kullanılabilirliği üzerine araştırma yapılması gerektiğini çok fazla savunmuş olsa da, bu yaklaşımın tek başına bir tedavi yöntemi olarak ne kadar etkili ve yararlı olduğunu gösteren az sayıda çalışma yapılmıştır. Sistem terapileri özellikle, eğitim açısından klinik psikolog olmayan evlilik ve aile terapistlerinin arasında yaygındır. Yine de, bu yaklaşımın insan etkileşiminin yapısına ilişkin önemli açıklayıcı gücü olduğu göz önüne alınırsa bütün klinik psikologların en azından sistemik yaklaşımlara ilişkin temel bir eğitim almalarını teşvik ediyoruz.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Açılma aşaması (Opening phase)
Aile terapisi (Family therapy)
Aktarım aşamasının çözümlenmesi (Resolution of transference phase)
Alt sistem sınırları (Subsystem boundaries)
Alt sistemler (Subsystems)
Aşağılık kompleksi (Inferiority complex)
Ayna transferansı (aktarımı) (Mirror transference)
Ayrılma ve bireyleşme (Separation and individuation)
Ben değil (Not me)
Bilinç dışı (Unconscious)
Bilinçli (Conscious)
Bireysel psikoloji (Individual psychology)
Çağrışımcı empati (Evocative empathy)
Çift kör (Double-bind)
Çift terapisi (Couples therapy)
Dengesizlik (Unbalancing)
Derinlemesine çalışma (Working through phase)
Ebeveyn eğitimi (Parent training)
EGO, (Ego)
Empati, eşduyum (Empathy)
Genetik ilkesi (The genetic principle)
Gerçekleştirme eğilimi (Actualizing tendency)
Geri bildirim döngüsü (Feedback loops)
Gözlemleme (Observation)
Hayat planı (Life plan)
ID, alt benlik (Id)
İçtenlik, samimilik (Genuineness)
İdealize edici transferans (The idealizing transference)
İki kişi psikolojisi (Two-person psychology)
İletişim hakkında iletişim (Communicating about a communication)
İlişkisiz (Irrelevant)
İlkel savunmalar (Primitive defenses)
İyi ben (Good me)
Karşıt aktarım (Counter transference)
Katılmak (Joins)
Kelimeler arasında durma (Interpunction)
Kendilik bozuklukları (Self-disorders)
Kendilik objesi işlevi (Self-object function)
Kendilik sistemi (Self-system)
Kısa süreli dinamik psikoterapiler (Short-term dynamic psychotherapies)
Klasik psikanaliz (Classical psychoanalysis)
Kopmuş, ayrılmış (Detached)
Koşulsuz olumlu saygı (Unconditional positive regard)
Kötü ben (Bad me)
Meta komünikasyon, üst iletişim (Meta-communication)
Nevrotik savunmalar (Neurotic defenses)
Obje ilişkileri teorisi, nesne ilişkileri kuramı (Object relations theory)
Olgun savunmalar (Mature defenses)
Olumsuz duruma (ağa) düşürme
Ön bilinç (Preconscious)
Öz saygı ihtiyacı (Need for self-regard)
Parataksik çarpıtma (Parataxic distortion)
Personifikasyon, kişileştirme (Personification)
Postmodernizm (Postmodernism)
Psikanalitik psikoterapiler (Psychoanalytic psychotherapies)
Psikanaliz (Psychoanalysis)
Psikodinamik (Psychodynamic)
Rezistans, direnç (Resistance)
Ruhsal kararlılık (Psychic determinism)
Semptom yerdeşi, yerine geçen belirtiler, yerdeş belirtiler (Symptom substitution)
Sınırlar (Boundaries)
Sibernetik (Güdübilim) (Cybernetics)
Sistem terapileri (Systems therapies)
Sistem terapisi (Systems therapy)
Sözel paradokslar (Verbal paradoxes)
Stanford iletişim teorisi (Stanford communication theory)
Suçlama (Blaming)
Süper mantıklılık (Super reasonable)
Topaografi teorisi (Theory of topography)
Transferans, aktarım (Transference)
Transfrens aşamasının gelişimi (Development of transference phase)
Uyumlu (Congruent)
Uzlaşma oluşumu (Compromise formation)
Üst benlik (Superego_Süperego)
Üstünlük kompleksi (Superiority complex)
Yakın dost transferansı (Alter-ego transference)
Yatıştırma (Placating)
Yeniden yapılandırma (Restructuring)
Yorumlama (Interpretation)
Yüzleştirme (Confrontation)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Psikanalitik tedavilerin başlıca amaçları nelerdir ve diğer tedavilerin amaçları ile arasında hangi yönlerden benzerlik ya da farklılık vardır?
2. Danışan merkezli terapinin üç temel bileşeni ya da tekniği nedir? Bu bileşenlerin sadece danışan merkezli terapi için geçerli olduğunu ya da diğer tür tedavilerde de yararlı olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?
3. Sistem tedavileri bireyden çok bireyin içinde bulunduğu sistem(ler)e odaklanır. Bireyden çok sistemlere önem veren bu yaklaşımı lütfen açıklayınız.
4. Bölümde anlatıldığı şekilde iletişimin eksenlerini tanımlayınız. Sizce bu eksenlerin kullanılması diğer tür tedavilerde de yararlı olur mu? Neden?
5. Psikanalitik psikoterapi sürecindeki temel bileşenler nelerdir?
6. Bu bölümde tanımlanan üç tedavi yaklaşımının her birini destekleyen önemli felsefik görüşler nelerdir?

KAYNAKÇA

Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler.* H. L. Ansbacher and R. R. Ansbacher (Eds.). New York: Harper Torchbooks.

Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy.* New York: Ronald Press.

American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61,* 271–285.

Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review, 15,* 503–514.

Anderson, S. M., Reznik, I., & Glassman, N. S. (2005). The unconscious relational self. In R. R. Hassin, J. S. Uleman, & J.A. Bargh (Eds.), *The new unconsciousness* (pp. 421–480). New York: Oxford University Press.

Arlow, J. A. (2000). Psychoanalysis. In R. J. Corsini & D. Wedding, D. (Eds.) *Current psychotherapies* (6th ed.). Itasca, IL: Peacock Publishers, Inc.

Baddley, A. (1992). Working memory. *Science, 255,* 556–559.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1,* 251–264.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 40,* 691–724.

Bornstein, R. F. (1988). Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: The treatment of psychoanalytic theory in abnormal psychology texts. *Psychoanalytic Psychology, 5,* 83–93.

Bornstein, R. F. (2005). Reconnecting psychoanalysis to mainstream psychology: Challenges and opportunities. *Psychoanalytic Psychology, 22,* 323–340.

Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (1998). *Empirical perspectives on the psychoanalytic unconscious.* Washington, DC: APA.

Bower, G., & Glass, A. L. (1976). Structural units and the reintegrative power of picture fragments. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 2,* 456–466.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory, *American Psychologist, 36,* 129–148. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7224324

Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 7–18.

Collins, A. M., & Loftus, E. F. (1975). A spreading activation theory of semantic processing. *Psychological Review, 82,* 407–428.

Corsini, R. J., & Wedding, D. (2005). *Current psychotherapies* (8th ed.). Itasca, IL: Peacock Publishers, Inc.

Davanloo, H. (2000). *Intensive short term dynamic psychotherapy.* New York: Wiley.

Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry.* New York: Basic Books.

Firenczi, S. (1993). Confusion of tongues between adults and child. In M. Balint (Ed.) & E. Mosbacher (Trans.), *Final contributions to the problem and methods of psycho-analysis* (pp. 156–167). (First published in English in 1949 in *International Journal of Psycho-analysis, 30*(255).)

Flett, G. L. (2007). *Personality theory and research.* New York: Wiley.

Gabbard, G. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Gabbard, G., Beck, J. S., & Holmes, J. (2005). *Oxford textbook of psychotherapy.* Oxford: Oxford University Press.

Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: Fourth edition.* New York: American Psychiatric Publishing.

Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., & Hearon, B. (2009). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 4,* 93–108.

Goldstein, K. (1934/1959). *The organism: A holistic approach to biology derived from psychological data in man.* New York: American Book.

Hogan, R. (1994). Heritage has value. *Dialogue, 9,* 8.

Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Elridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 351–355.

Jacobson, N. S., Dobson, D. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 295–301.

Jensen, J. P., Bergin, A. E., & Greaves, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 124–130.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67–79.

Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centred approach. *Psychotherapy: Theory, research, and practice, 42*, 37–51.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1551–1565.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives General Psychiatry, 61*, 1208–1216.

Lerner, M. J., & Miller, D. T. (1978). Just world research and attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin, 85*, 1030–1051.

Levy, R. A., & Ablon, J. S. (2009). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. New York: Humana Press.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

Magnavita, J. J. (2008). Psychoanalytic psychotherapy. In J. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. Hoboken, NJ: Wiley.

Masling, J. (1986). *Empirical studies of psychoanalytic concepts: Volume 2*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Masling, J. (1990). *Empirical studies of psychoanalytic concepts: Volume 3*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. Princeton: Van Nostrand

Millon, T. (2004). *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. Hoboken, NJ: Wiley.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press, 1974.

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.

Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 39*, 97–102.

Osimo, F. (2003). *Experiential short-term dynamic psychotherapy: A manual*. Bloomington: 1st Books.

Rank O. (1945). *Will therapy, truth, and reality*. New York: Knopf.

Raskin, N. J., & Rogers, C. R. (2005). Person-centered therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, D. (Eds.) *Current psychotherapies* (6th ed.). Itasca, IL: Peacock Publishers, Inc.

Rogers, C., & Sanford, R. (1985).Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock, & A. M. Friedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed.) (pp. 1374–1388). Baltimore: William & Wilkins.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., & Truax, C. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Dare, C., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 44*, 1047–1056.

Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Sharf, R. S. (2000). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases*. Belmont, CA: Wadsworth.

Shedler, J. (2006). That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us. Retrieved from *http://psychsystems.net/shedler.html*

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109.

Sifneos, P. (1992). *Short-term anxiety-provoking psychotherapy: A treatment manual*. New York: Basic Books.

Silverman, L. H. (1976). Psychoanalytic theory: The reports of my death are greatly exaggerated. *American Psychologist, 31*, 621–637.

Silverman, L. H. (1985). Comments on three recent subliminal psychodynamic activation investigations. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 640–643.

St. Clair, M. (2004). *Object relations and self psychology*. New York: Brooks Cole.

Strupp, H. H., Sandell, J. A., Waterhouse, G. F., O'Malley, S. S., & Anderson, J. L. (1982). Psychodynamic therapy: Theory and research. In A. J. Rush (Ed.). *Short term psychotherapies for depression*. New York: The Guildford Press.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Tasca, G., Mikail, S., & Hewitt, P. L. (2005). Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: Summary of a treatment model and outcomes for depressive symptoms. In M. E. Abelian (Ed.), *Focus on psychotherapy research*. New York: Nova Science Publishers.

Tomkins, S. S. (1979). Script theory. In H. E. Howe & R. A. Diensbeir (Eds.), *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 26, pp. 306–329). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Treisman, A. M. (1969). Strategies and models of selective attention. *Psychological Review, 76*, 282–299.

Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford, England: Clarendon Press.

Wallerstein, R. S. (1988). One psychoanalysis or many? *Psychoanalytic Quarterly, 55*, 414.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of human communication. *A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W. Norton & Company.

12. BÖLÜM

PSİKOTERAPİLER II*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

11. Bölüm ve 12. Bölüm'ün; ana akım terapilerini, bu terapilerin tarihini, altta yatan teoriyi ve tedavi süreci ve tekniğini tanıtmak olan aynı temel amaçları bulunmaktadır. Fazlasıyla uzun tek bir bölümden kaçınmak için bir noktaya kadar ikisi ayrı ayrı fakat birbirine yakın bölümler olarak sunulmuştur. Bu küçük, düzenlemeye ilişkin bölümleri ayırmanın ikinci ve daha önemli nedeni de öğrenme ve davranış kontrolünün bilişsel teorilerini kullanarak davranışı değiştirmeyi amaçlayan "bilişsel davranışçı terapiler" ana başlığı altında kabaca yer alabilecek terapileri bir arada gruplamaktır. Burada tanımlanan tedavi yaklaşımlarının diğer önemli bir ortak özelliği de etkililikleri açısından görgül testlere daha uygun olmalarıdır.

◇ DAVRANIŞ TERAPİSİ

Kökenleri ve Altında Yatan Teori

Adından da anlaşılacağı üzere, davranış terapisi, gözlemlenebilen davranışı değiştirmeye odaklanılır ve davranış değişikliği öğrenme teorisi temelli prensiplerin uygulanmasıyla gerçekleştirilir. Davranış terapisinin neden ve nasıl bu kadar hızlı popüler olduğunu anlamak için, davranış terapisinin yükselişinin ve gelişiminin tarihsel bağlamda değerlendirilmesi gerekmektedir. Öğrenme teorileri, klasik koşullanma kavramı ilk kez 20. yüzyılın başlarında İvan Pavlov tarafından tanımlandığı ve deneysel olarak gösterildiğinden bu yana giderek yalınlaştırılmıştır. Daha sonra, Joseph Wolpe ve Andrew Salter gibi klinik araştırmacılar kaygı koşullanmasının arkasında yatan öğrenme prensiplerini tanımladıklarında (Wolpe, 1958), kaygıyı kontrol etmek için uygulanan davranış terapilerinin temelini oluşturmuşlardır. Öğrenme teorilerinin çok iyi bir biçimde test edilebilir olduğu ve binlerce hayvan çalışmasına dayanması, nesnel olarak test edilebilen öğrenme temelli psikoterapilerin farklı biçimlerinin önünü açmış ve böylece ruh sağlığı çalışmalarında kanıta dayalı yaklaşımların temelini oluşturmuştur. Bu yaklaşım, "psikolojik savunmalar", "bilinç dışı", "ego gücü" ve "projeksiyon" gibi önemli kavramları psikopatolojiye kazandıran psikodinamik yaklaşımın temel oluşturduğu psikanalitik geleneğe tamamen karşıt bir yaklaşımdı, ayrıca kolay ölçümlemeye ve test edilebilirliğe karşı çıkıyordu.

* Çeviren: Uzm. Sosyal Psikolog Petek AKMAN (s. 273- 288)
Uzm. Klinik Psikolog Murat ARTIRAN (s. 288-314)

Davranış terapisinin ortaya çıktığı dönemde uygulanan diğer müdahale şekli, kökleri hümanistik (insancıl) varoluşçu teoriye dayandığı ve insanın büyümesine olan inancı nedeniyle, psikopatolojiye ve rahatsızlığın ölçümlenmesine daha az önem veren olgucu yaklaşımı destekleyen danışan merkezli terapiydi.

Carl Rogers'ın (detaylı tartışma için Bölüm 11'e bakınız) takipçileri ve erken dönem psikanalizciler tarafından yapılabilen (ya da onları ilgilendiren) tamamen görgül yöntemlere dayanan gerçekçi araştırmaların sayısının azlığı, o dönemde farklı teorik taraflardaki akademisyenlerin birbirleri ile konuşmadıkları ya da konuşsalar da bu konuşmaların düşmanca ve yıkıcı olduğu psikoloji bölümlerinde önemli ayrılıklar yaşanmasına neden olmuştur. Bu ayrım özellikle Roger'ın ve Freud'un takipçilerinin kariyerlerinde ilerlemelerini, hatta hayvan modelleri ile psikolojinin araştırılması gibi güçlü görgül geleneği olan üniversitelerin psikoloji bölümlerinde kalmalarını zorlaştırmıştır. Burada davranış terapistinin başarısının, klinik psikologların deneysel araştırmalar yürüten meslektaşları arasında kabul görmesi psikanaliste göre daha kolaydı. Bilimin ilerlemesini tam olarak anlayabilmek için, bu ilerlemenin bilim insanının kendisinde var olan olanaklara ve kariyer gelişimine kökünden bağlı olduğu hatırlanmalıdır. Akademisyen meslektaşları tarafından anlaşılmayan ya da takdir edilmeyen araştırma ve öğreti, bilim insanının kariyer gelişim hedeflerini kolaylaştıramaz. Bu nedenle, bir kişinin akademik ve profesyonel becerilerin gelişiminde ve hızlanmasında eksiklik varken, psikoloji çalışmalarının gidişatının tamamının değişmesine yönelik bir değişimden söz etmek mümkün değildir.

Davranış terapisinin saygınlığını daha da güçlendiren diğer çok önemli bir özelliği de, patolojik davranışların altında yatan nedenlerin kişinin kendisindeki bir kusur yerine hatalı öğrenmelerden kaynaklandığını vurgulamasıdır. Böylece, bireylerin toplum tarafından damgalanmış ya da kınanmış hissetmeleri daha az olasıdır. Eğer bir danışana sadece bir şeyi doğru bir şekilde yapmayı henüz öğrenmediği ya da yanlış öğretildiği söylenirse, danışan daha fazla, değişimin mümkün olduğunu kabul etme eğiliminde olacaktır; danışan üzülmeden ya da kişiliğinde istenmeyen kusurları varmış gibi hissetmeden kendini inançlı bir şekilde bu tür davranışları değiştirmeye adayabilir. Ör. deneyimli klinisyenler, danışanlarının neden köpek fobisi ya da sıra dışı utangaçlık geliştirdiğine öğrenme teorisi temelli bir açıklama getirebildiklerinde danışanlarında daha fazla rahatlama gözlemlemişlerdir.

Öğrenme teorilerinin temel terminolojisi klinik psikoloji öğrencilerine birkaç yıl önce aldıkları Psikolojiye Giriş dersinden tanıdık gelecektir. Yine de kavramlar biraz unutulmuş olabilir bu nedenle bu bölümün önemli olduğu düşünüldüğünden Kutu 12.1'de terimlerin ve tanımların bir özeti verilmiştir.

Davranış terapistleri çok sayıda müdahale yöntemi geliştirmişlerdir ve bu yöntemler ile ilgili terminoloji ilk başta biraz zorlayıcı gelebilir. Bu müdahale yöntemleri farklı şekillerde düzenlenebilir. Öncelikle, aşağıda belirtilen amaçları olup olmadığına bağlı olarak iki ana grupta toplanabilirler:

- *İstenilen davranışların sayısını arttırmak* (ör. eşlerin birbirlerine yaptıkları iltifatlar) veya
- *İstenmeyen davranışların* (ör. kronik tırnak yeme) sayısını azaltmak.

KUTU 12.1

ÖĞRENME TEORİSİNİN TERİMLERİNİN VE TANIMLARI İÇİN BİR HATIRLATMA

Terim	Tanım
Klasik koşullanma	Klasik koşullanma, öğrenmenin kuvvetli bir şeklidir ve bizi gelecekte ortaya çıkabilecek durumlara hızlı bir şekilde cevap vermemiz için hazırlayabilir. **Nötr bir uyarıcıyı** (güçlü bir fırtına nedeniyle uyanma) koşulsuz bir uyarıcı (kalp atışındaki ani bir artış) ile ilişkilendirir. Tekrarlı eşleştirmeler ile, nötr uyarıcı **koşullu tepkiyi** (korkuyu) ortaya çıkaran koşullu uyarıcıya dönüşür.
Sönme	Koşulsuz uyarıcının nötr bir uyarıcıyı izlememesi sonucu koşullu tepkinin yok olması (zayıflamasıdır). Sönme, davranışın (korku tepkisinin) sıklığı, beklenen tepkinin (hızlı ve zayıf nefes alma) oluşmadığı durumda azaldığı anlamına gelir.
Edimsel koşullanma	Edimsel koşullanma önceden deneyimlenmiş davranışların sonuçlarına bağlı olarak gelecekteki davranışlarda değişikliğe yol açar. Davranışın sıklığı önceden pekiştirme ya da ceza uygulanıp uygulanmadığına bağlı olarak artabilir ya da azalabilir.
Olumlu pekiştirme	Olumlu pekiştirmede davranışı (sınav için çok çalışma), benzer bir ayırt edici uyaranın (bir sonraki sınav) olduğu durumlarda davranışın gerçekleşme olasılığını arttıran **olumlu bir sonuç** (iyi not alma) izler.
Olumsuz pekiştirme	Olumsuz pekiştirmede, belirli bir davranış (nefes alma egzersizi yapma) bireyin istenmeyen bir durumdan kaçmasına ya da bu durumu (dişçiye gitme kaygısı) görmezden gelmesine olanak verir. Böylece benzer bir ayırt edici uyaranın (dişçi muayenehanesi) olduğu durumlarda aynı davranışın gösterilmesi olasılığını arttırır. "Olumsuz" kelimesi kolayca yanlış anlaşılabilir ve bu terimin bir ceza türü olduğu düşünülebilir, ancak değildir! Olumsuz pekiştirme bir pekiştirme türüdür ve davranışın gerçekleşme olasılığını arttırır.
İlişkisel veya bağlantılı öğrenme	İlişkisel veya bağlantılı öğrenme bilinçli olarak yapılır ve aynı anda ortaya çıkan uyaran ve davranış arasında ilişki kurmamıza olanak verir. Bu öğrenme süreci **otobiyografik bilgi** (deneyimlerimiz ile ilgili bilgi) edinmemizi sağlar. Klinik bağlamda, bu süreç hastanın bilinçli anılarını hatırlamasını ve bu anıları davranışını yönlendirmek için kullanmasını sağlar.
Ceza	Olumsuz bir sonuç (yakın takipten dolayı trafik cezası alma) doğuran istenmeyen bir davranışın gösterildiği bir durum, davranışın ileride tekrarlanma olasılığını azaltır.

İkinci önemli düzenleyici prensip, tedavi yöntemini, var olan problemin etiyolojisini gösterebilen, farz edilen öğrenme türüne bağlamaktadır. Birçok kaygı azaltıcı tedavi, problemin başlangıcını klasik koşullanma probleminin ortaya çıkardığını tanımlayan bir modele dayanır. Vahşi bir köpek tarafından beklenmedik bir saldırıya uğrayan ve bacağından ısırılan, bu saldırı sonucu acı ve üzüntü duyan, köpek fobisi olan bir hasta bu duruma güzel bir örnektir. Öte yandan, zayıf modelleme yapılmasının (ör. çok utangaç ya da çok agresif olan ebeveynlerin gözlemlenmesi ve onlardan öğrenme) sosyal becerilerin olmamasına neden olduğu yorumu yapılabilir ve sosyal yok sayma bireyin, öğretmenler, arkadaşlar ve/veya ebeveynler gibi sürekli ilişki kurduğu kişilerden olumlu pekiştirme alamamasından kaynaklanabilir.

Sonuç olarak, modelleme ve olumlu pekiştirme stratejileri, toplum içinde konuşma ya da okul öncesi çocuklarda arkadaş edinme becerisi kazandırılması gibi yeni davranışların öğretilmesi için ideal araçlar olarak görülür. Diğer yandan, istenmeyen davranışları azaltmak zorunda olmak daha zorlayıcıdır. Ör. başı vurma gibi tekrar tekrar kendine zarar verici davranışlarda bulunan, ciddi gelişimsel ve bilişsel engeli olan bireylere ceza verilmesi, cezanın istenmeyen davranışları azalttığı gösterildiğinden en uygun yöntem olarak görülebilir. Bu yöntemlerin herhangi birini uygularken, terapistin iki temel özelliği göz önüne alması gerekir:

- Tedavi yaklaşımının etik açıdan kabul edilebilirliği
- Etkili cezalandırma yöntemlerinin ve/veya pekiştireçlerin duruma uygunluğu

Etik Konular

Klinisyenler ve araştırmacılar olarak etik prensiplerimiz, hastalarımıza zarar vermememiz gerektiğini açıkça göstermektedir– zaten zarar vermek de istemeyiz. Cezanın işleyebilmesi için, ceza caydırıcı olmalıdır. Ancak etki düzeyi düşük de olsa başka birine itici bir davranışta bulunmak onlara zarar verebilir. Bu, istenmeyen davranışları azaltmak için bir klinisyenin hiçbir zaman bir ceza türünü kullanamayacağı anlamına mı gelir? Hayır, gelmez. Fakat davranışı değiştirmek için en etkili ve en az zarar verici yöntemlerin kullanıldığını garantilemek amacı ile terapi planını hazırlarken çok fazla düşünmenin ve planlamanın yapılması gerektiğini ifade eder. Etik sorunsalının yanı sıra, ceza kullanılması ile ilgili önemli başka konular da vardır. Bunlar:

1. Ceza bireye en iyi ihtimalle sadece ne yapmaması gerektiğini öğretir. Gerçek hayatta, bireyin yaşam kalitesini arttırmak ve diğerlerinin onayını kazanmasını sağlamak için ona doğru davranışı öğretmek önemlidir. Hiperaktif bir çocuğa akşam yemeğinde sandalyesinde sallanmaması gerektiğini sadece ceza tekniklerini (ör. sürekli azarlama) kullanarak öğretmeye çalışan ebeveyn sorunu tam olarak çözememiştir. Aynı çocuk dürtüsel davranışı yapma isteğini gerçekleştirmek için başka bir yol bulacaktır. Sandalyesinde sallanmak yerine, sürekli çatalını tabağa vurabilir, bu davranış da cezalandırılıp sonlandırılınca, büyük ihtimalle kız kardeşi ile durmadan dalga geçmeye başlayacak ve bu tür davranışları aynı şekilde devam edecektir. Ebeveynler akşam yemeğinde çocuklarının sessiz kalma süresini 30 dakika yerine en fazla 10 dakikaya indirebilirler ya da bunun yerine hiperaktif çocuklarını eğlenceli bir sohbetle veya küçük bir soru-cevap oyunuyla oyalamayı deneyebilirler.

2. Başkalarını pekiştirme ya da ceza ile kontrol etmeyi deneyen bir kişinin sadece belirli bir davranışı etkilenmez; bu kişiyle önceden var olan ilişkisi de etkilenir. Bu ilişkisel boyut kritiktir; çünkü davranışı değişmesi gereken kişi (a) pekiştirme yapan kişiyi daha fazla sevecek ve ayrıca kişi ile olan ilerideki etkileşimlerinde olumlu bir yaklaşım benimseyecek ya da (b) rahatlıkla ceza veren kişiyi sevmeyecek veya ondan nefret edecektir.

Ceza

Cezanın yapıcı bir şekilde kullanılmasına ilişkin var olan etik kısıtlamalar, cezanın psikoterapide uygun kullanımı için görece çok az olanak sunmaktadır. Aslında, psikoterapi klinisyenin ofisinde birebir yapıldığında, terapist tarafından uygulanan ceza kavramından söz edilemez. Ancak, hasta anlayamayacak, onay veremeyecek ya da terapi seçiminde bulunamayacak durumdaysa, hasta pekiştirme yöntemlerine yanıt vermemişse, tehlikeli ve kendine zarar verici problem davranışları gösteriyorsa ceza uygun bir tedavi yöntemi olabilir. Böyle bir senaryonun en çarpıcı örneği Lang ve Melamed (1969) tarafından bildirilmiştir. Vaka, yemeğin ağzından midesine gitmesini engelleyen bir kusma refleksi geliştiren 3 aylık bir bebektir. Olumlu pekiştirme yaklaşımı yararlı sonuçlar doğurmamış, çocuk çok zayıflamış ve damar içi tüpler kullanılarak beslenmek zorunda kalmıştır. Hem ebeveynler hem de çocuğun doktoru durumun çocuk için tahammül edilemez olduğuna ve çocuğun ciddi sağlık sorunları yaşayabileceği riskli bir durumda bulunduğuna karar vermiştir. Bu nedenle, potansiyel olarak rahatsız edici olan ama zararlı olmayan bir yöntemin denenmesine karar verilmiştir. Sonuç olarak seçilen yöntemde, bebek boğaz kaslarını sıkıştırmak üzereyken bebeğe hafif düzeyde elektroşok verilmiştir. Çocuğun tepkisi açıkça yöntemi itici bulduğunu göstermiştir. Bu yöntemin tekrar tekrar kullanılması çocuğun boğaz kaslarını sıkıştırma refleksinin aşamalı olarak azalmasını, sonuç olarak da normal yeme ve yutma alışkanlıklarını geliştirmesini sağlamıştır.

Etik ve yararlı cezalandırma yöntemlerini kullanmak için ikinci bir seçenek danışanın cezayı kendisine uygulamasıdır. Bu metodolojinin kullanıldığı iki örnek verilebilir. Bu tür bir yöntem uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde tiksinme yaratan bir ilaç (ör. genellikle antabuse olarak bilinen disulfiram) kullanılmasıdır. Bu ilaç alındığında, alkol bağımlısı kişi alkol kullanmadığı sürece ilacın herhangi bir yan etkisi olmaz. Ancak eğer alkol kullanılırsa, alkol antabuse ile etkileşime geçer ve hasta kusmak ister. Bu istek (doğal olarak) hastanın hoşuna gitmez ancak alkol bağımlığının tedavisinde ilacın etkisiyle bu isteğin oluşturulmasının kısmen yararlı olduğu bulunmuştur (detaylı bilgi için, Hughes ve Cook, 1997). Bu prosedürün etik ve kabul edilebilir olabilmesi için hastanın tamamen bu tedaviyi kabul etmiş ve sonuçlarının hastaya açıklanmış olması gerekmektedir. Ancak hasta içki içmeye devam ettiğinde oluşabilecek riskin, antabuse-alkol etkileşiminin yarattığı hoşnutsuzluktan daha fazla olduğuna karar verirse bu yöntemi kabul edilebilir.

İkinci örnek olarak, daha az zorlayıcı olan bir senaryo verilebilir. Bu senaryoda saç çekme (trikotilomani), cilt yolma veya tırnak yeme gibi kompulsif eğilimleri olan bir hastanın bileklerini lastik bantlarla bağlanır. Danışana, kompulsif bir davranış yaptığında bileklerine bağlı plastik bandı hareket ettireceği ve bunun bileklerine kısa süreli zararsız bir acı vereceği öğretilir (Mavissakalian, Turner ve Michelson, 1985).

Özet olarak, bir terapi yöntemi olarak ceza:

1. Genellikle ilk tercih edilen tedavi yöntemi değildir;
2. Uzun süreli zarara neden olabilecek riskler ortadan kaldırılmalıdır;
3. Tercihen danışanın izni ile kullanılmalı ya da daha iyisi danışanın kendisi tarafından uygulanmasıdır.

Pekiştirme

Davranışı değiştirmek amacıyla pekiştirme yönteminin kullanılması, tedaviye dahil olan bütün bireyler için daha güzel bir süreçtir. Hayvanlarla yapılan çok sayıdaki araştırma yiyecek, içecek, seks ve zevk veren kimyasal maddelerin (kokain gibi yasa dışı maddeler) çok etkili pekiştireçler olduklarını göstermiştir. Bu pekiştireçler, ayrıca asıl pekiştireçler olarak adlandırılır. **Asıl pekiştireçlerin** terapide düzenli olarak kullanılmasıyla ilgili çok fazla kısıtlama bulunmaktadır.

Terapist istenen davranışın yapılması karşılığında danışana herhangi bir şekilde cinsel zevk vermeyi teklif edemez. Bu danışan için zararlıdır, açıkça etik değildir ve ayrıca lıklı bir ilişki olan terapist-danışan ilişkisini sarsar. Ayrıca yasanın da ihlal edilmiş olacağı neredeyse kesindir. Yemek yemek yaşamak için gereklidir, yeme ve içme etik olarak esirgenemez. Bir istisna, temel yaşamsal ihtiyaçlar karşılandıktan sonra pekiştireç olarak tatlı vermek ya da diğer ikramlarda bulunmak olabilir. Yine de, bu tür bir pekiştirme sık sık tekrarlanamaz.

Bir ya da iki porsiyon tatlının kişiye çok çekici gelebilmesine rağmen, çok fazla tatlı tüketmek tiksindirici olabilir ve tedavinin uzun süreli amaçlarına ulaşılması için muhtemelen önerilmeyecektir.

Asıl pekiştireçlerin kullanılmasına ilişkin kısıtlamalar, psikoterapinin sınırlarına bağlı kalmayan ve daha çok günlük hayatı yöneten **ikincil pekiştireçler** için detaylı ve çeşitli seçenekler doğurmuştur.

Çalışmalarının takdir edilmesinin bir göstergesi olarak çalışanlar maaş alırlar ve maaş karşılığında çok çeşitli ihtiyaçlar ve zevkler giderilebilir. Çocukların ev işlerine yardımcı olmalarını pekiştirmek ve aynı zamanda çocuklara sorumluluk duygusunu aşılamak amacı ile ebeveynler çocuklarına harçlık verebilirler. Paranın hastaların istediklerinde ayrılamadıkları ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çok fazla bir önemi yoktur. Jeton ekonomisi (Jeton biriktirme) kavramı Jeton karşılığında istenen davranışın öğrenilmesini kolaylaştırmak için kullanılmıştır. Jetonlar da çikolata ya da hafta sonunda aile ziyareti yapma izni gibi diğer pekiştireçlerle takas edilebilir.

Kolay elde edilebilen diğer bir pekiştireç de herhangi bir kısıtlama olmadan kullanılabilen ve kişiler arası olumlu ilişkileri güçlendirme gibi ayrıca bir yararı olan övgüdür. Ancak, eğer otistik bir çocuğa belirli davranışları öğretmek gibi kısa sürede istenilen çok sayıda davranışın pekiştirilmesi gerekiyorsa, terapist ya görece kısa sürede sözlü pekiştireçleri tüketecektir ya da çok fazla tekrar yapmak zorunda kalacaktır.

Böyle bir durumda, terapistin muhtemel kelime çeşitliliğini hatırlamak için övgü ifadesi olan kelimelerin bir listesini oluşturması iyi olabilir. Ayrıca, altın yıldız gibi pekiştireç olabilecek iyi performansı ifade eden semboller verebilir. Danışanlar planladıkları gibi 5 kilo verdiklerinde, öncekinden daha küçük bedende yeni bir pantolon alarak kendi davranışlarını pekiştirebilirler.

Son olarak, davranışlarını değiştirmek isteyen bireyler başka kişiler (ör. terapistleri ya da arkadaşları) ile anlaşma yapabilirler. İki arkadaşın ikisi de yeni yılın ilk gününde sigarayı bırakacaklarına söz verebilir ve pekiştireç olarak sigarayı bıraktıktan 6 ay sonra balık tutmaya gitmeyi teklif edebilirler. Buraya kadar, davranış terapistinin uyguladığı çok sayıda yöntemin mantıksal çerçevesi ve teknikleri tanımlanmıştır. Anlatılan tekniklerin özeti Kutu 12.2'de sunulmuştur.

KUTU 12.2

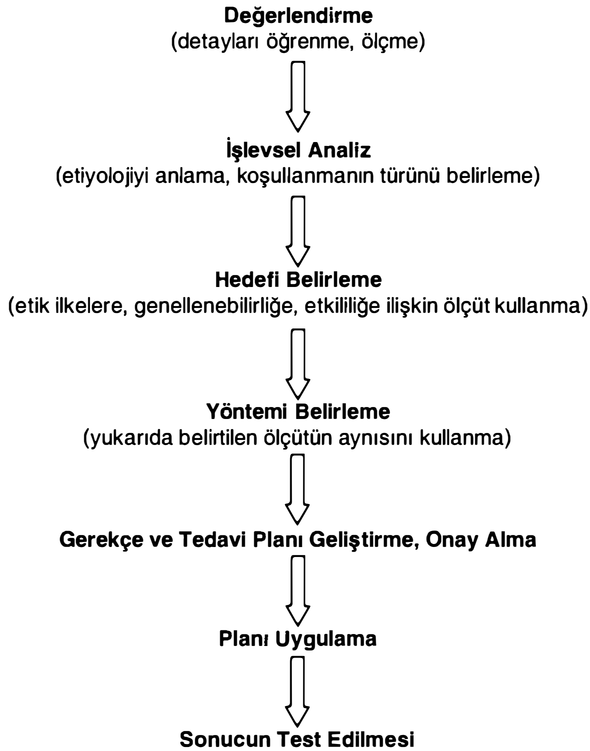
DAVRANIŞ TERAPİSİ TEKNİKLERİ

Terim	Goal	Tanımlama veya Betimleme
Taşırma terapisi	Sönmeyi destekleme ve yaklaşma davranışını cesaretlendirme	Kaygıyı azaltmak için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, fobisi olan bir danışan yüksek düzeyde korkuya neden olan bir duruma maruz kaldığında terapisti kaygı veren duruma önemli bir düzeyde alışma meydana gelene kadar danışanın bu durumda kalmasını sağlamak için danışanı sürekli cesaretlendirir.
Sistematik duyarsızlaştırma	Sönmeyi destekleme ve yaklaşma davranışını cesaretlendirme	Fobileri tedavi etmek için kullanılan bir yöntemdir. Birinci adım rahatlama tekniklerini öğrenmektir. Bu adımda farklı düzeylerde korku uyandıran durumlar kullanılır. Hastayı korkulan uyarana hayali olarak ya da gerçek yaşamda maruz bırakma yöntemi kullanılır. En az korku uyandıran durumla başlanır ve aşamalı olarak daha fazla korku duyulan durumlara doğru ilerlenir.
Tedrici maruz bırakma	Sönmeyi destekleme ve yaklaşma davranışını cesaretlendirme	Korkulan uyaranın durdurulması gerektiği mantığına dayanan bir yöntemdir. Aynı sistematik duyarsızlaştırma gibi danışan önceden oluşturulan hiyerarşiye göre aşamalı olarak daha fazla korku uyandıran uyarana maruz bırakılır.
Koşullu anlaşma	İstenmeyen davranışı ortadan kaldırmaya yardımcı olma	Danışan ve terapist ya da danışan ve terapi ortamında yer almayan iki kişi arasında anlaşmaya uyulmadığında karşılaşılacak sonucun belirtildiği tercihen yazılı yapılan anlaşmadır.
Jeton (ödül) biriktirme	İstenilen davranışlar için sistematik pekiştirme sağlanması	Fazladan bir tatlı ya da hafta sonu izni gibi belirli tür pekiştireçler için jetonlarla (ödüller) açık bir şekilde geliştirilen pekiştirme sistemidir.
Doyum veya mükemmelleştirme	İstenmeyen davranışın ortadan kaldırılmasına yardımcı olma	Görece ılımlı kaçınmalı ceza yöntemidir. Bu yöntemde kişinin en başta kendisine zevk veren davranışı (sigara içme gibi) yapması gerekir fakat bu davranıştan zevk almamaya başlayana kadar davranışa devam edilmesi gerekir.

(devam ediyor)

KUTU 12.2 (DEVAMI)

Terim	Amaç	Tanım
Tepki maliyeti	İstenmeyen davranışları azaltma	İstenmeyen davranışın yapılmasına bağlı olarak, davranışa karşılık gelen pekiştirmenin belirli bir miktarının geri alındığı bir cezalandırma yöntemidir (hızlı araba kullanıldığı için 200$'lık bir trafik cezası verilmesi bu yönteme iyi bir örnektir).
Ara verme	İstenmeyen bir davranışı sonlandırma	Kişi istenmeyen bir davranış yaptığında ortamdan uzaklaştırılarak kişi için hoş olmayan bir ortamda zaman geçirmesinin istendiği bir yöntemdir (ör. sınıf düzenini bozan bir çocuğun 5 dakika beklemesi için koridora çıkartılması).
Şekillendirme	Karmaşık bir davranışı öğrenme	Görece karmaşık bir davranışın (topluluk önünde konuşma gibi) yapılması için gereken bütün becerilerin kazanılması için pekiştirme yöntemleri ile bireylerin öğrendiği sırasal öğrenme sürecidir.
Zincirleme	Karmaşık bir davranışı öğrenme	Hedef davranışa ulaşmak için gereken sürecin adımlara bölünerek bir davranıştan sonra diğerinin yapıldığı (güvenli okul bahçesinde otomatik vitesli araba kullanmayı öğrenip, sonra arabayı caddede kullanma ve daha sonra aynı hareketleri vitesli araba kullanarak yapma gibi) sırasal öğrenme sürecidir.
Tekrarlama	Yeni bir davranışın alıştırmasının yapılması	Daha sonraki uygulamaya hazırlanmak için ör. canlandırma yaparak güvenli bir ortamda yeni davranışın alıştırmasının yapılması.
Modelleme – Ustalık modeli	İstenilen bir davranış için örnek oluşturma	Bir davranışın en iyi şekilde nasıl yapıldığını göstererek kişinin yeni bir davranışı kazanmasına yardımcı olma yöntemidir.
Modelleme – Başa çıkma modeli	İstenilen bir davranış için örnek oluşturma	Bir davranışın nasıl yapılabileceğini göstererek kişinin yeni bir davranışı kazanmasına yardımcı olma yöntemidir.
Kaçınmalı terapi	İstenmeyen bir davranışın ortadan kaldırılmasına yardımcı olma	İstenmeyen bir davranış (ör. danışan kompulsif düşünceler kurmaya başladığını fark ettiğinde bileğine bağlı plastik bandı kendi kendine oynatması) yapıldığında davranışın kişiye rahatsızlık veren bir sonucu olan yöntemdir.



ŞEKIL 12.1 Davranış terapisinin aşamaları

Ancak, iyi uygulanan davranış terapisi çok sayıda sistematik adım içeren bir süreçtir. Şekil 12.1'de de açıkça görülebileceği gibi, davranış terapisti sorun olan davranışı ölçmek ve yeterli bilgiyi edinmek ister böylece terapi programının geliştirmek için temeli şekillendirebilecek etiyolojik modeli oluşturabilir (işlevsel analiz olarak ifade edilmiştir). Danışanın yeterince zeki olduğu kabul edilirse, programın mantığının tamamı danışana açıklanabilir ve açıklanmalıdır. Tedaviye başlamadan önce danışan tedavi programını anlamalı ve tedavinin uygulanması için onay vermelidir (ör. bilgilendirilmiş onay verilmesi). Değiştirilecek hedef davranışın açık bir davranış olduğu farz edilirse, meydana gelen değişimleri izlemek görece kolaydır. Olumlu değişimi belgelemek için grafik gösterimi kullanılabilir ve grafik kullanımı aynı zamanda pekiştirmeyi de sağlayabilir. İşlevsel analizlerin nasıl uygulandığı lisans kitabındaki detaylı tanımın kapsamını aşmaktadır ve davranış terapisini anlatan lisansüstü dersin içeriğinde yer almaktadır. Yine de, bu konuyla ilgilenen okuyucu davranış terapisi vakasının anlatıldığı bölümü okuyabilir (Woody, Detweiler, Teachman ve O'Hearn, 2003).

Davranış terapisinde kullanılan çok sayıda tekniğin tanımının kısa ve öz olduğu düşünülürse, 12.3 ve 12.4 sayılı kutularda bu tekniklerin gerçekte klinik sorunlara nasıl uygulandığının gösterildiği iki vakaya ilişki senaryolara yer verilmiştir.

Örneklerden biri, taşırma terapisinin kullanıldığı bir vakanın kısa bir tanımı ve diğer örnek de Davranış Terapisi ve Deneysel Piskiyatri Dergisi (1980)'nden alıntılanmış çok bileşenli bir vaka senaryosudur. İkinci örnek bu ders kitabının yazarlarından biri tarafından lisans öğrencisiyken yazılmıştır. Henüz "bulimia" terimi klinik psikoloji yazınına girmeden önce, yazar yetmişli yılların ortalarında bulimia şikâyeti olan ilk genç hastasıyla tanışmıştır.

Makalenin yayınlandığı dönemde bu yeni tanımlanan davranış problemi için henüz yapılandırılmış bir tedavi olmadığından bu vaka raporunun bilgilendirici olduğu düşünülmektedir. Yazarın ortaya çıkan bu problem için etiyolojik model oluşturmaktan, bu kavramlaştırmaya uygun bir tedavi programı geliştirmekten ve dikkatlice izleme süreci ile tedaviyi uygulamaktan başka seçeneği olmamıştır. O zamanlar bilinmese de, bu makale ilk yayınlanan bulimia davranış terapisi vaka çalışması olmuştur.

KUTU 12.3

TAŞIRMA TEDAVİSİNİN VAKA RAPORU (BASİTLEŞTİRİLMİŞ AÇIKLAMA)

34 yaşında orta düzey bir yönetici olan Carl P. umumi tuvaletleri kullanma fobisi nedeniyle kliniğe başvurmuştur Uzun süreli, iyi ve destekleyici bir ilişki yaşıyordu ve önür de umut vadeden bir kariyeri vardı. Tek sorunu fobisi idi. Umumi tuvaletleri kullanma ile ilgili sıkıntısı hayatını öyle fazla etkilemişti ki iş seyahatlerine çıkamaz olmuş ve ofisteki lavaboyu kullanmak zorunda kalmamak için işe gitmemeye başlamıştı.

Kaçınmasının sonlandırılması gereken bir sorun olduğunu bilmekte fakat (klasik koşullanmayla oluşturulmuş korku yorumu yapılmasına neden olan) kritik bir olayı hatırlamakta idi. Olayı takip eden kaçınma davranışının pekiştirici özelliklerini çok iyi anlamakta idi.

Kliniğimize başvurmadan yaklaşık 1 yıl önce, her zaman olduğu gibi acele işe dönmesi gerekirken bir restoranda lavaboyu kullanması gerekmiş ve kapıyı içeriden açamamıştı. Daha sonradan anlaşıldığı üzere, kilit kırıldığı için içeriden kapıyı açmak mümkün olmamıştır.

Sonuçsuz kalan ve sinir bozucu kapıyı açma denemelerinden sonra, fazlasıyla endişelenerek yardım çağırmıştır. Ancak, kalın olan kapıdan sesinin duyulabilmesi için çok çabalaması gerekmiş, sesi duyulmadan önce kaygı düzeyi iyice artmış ve restoranda çalışanlar olaya ancak daha sonra müdahale edebilmiştir. Bir çilingirin gelmesi gerekmiş ve istemeden bulunduğu hapishanesinden kurtulması bir saat daha almıştı. Olaydan kısa bir süre sonra umumi lavaboları kullanmış fakat olayın tekrarlanmasını önlemek için kapıyı içeriden kilitlememişti. Fakat bu davranışı utanç verici olaylara neden olmuştu ve kapıyı kilitlememenin kabul edilebilir bir alternatif olmadığını anlamıştı.

Eşlik eden sorunların olmadığı, nedensel açıklamanın gayet açık olduğu ve danışanın kaygıya dayanmaya olan isteği göz önüne alınarak, taşırma protokolü uygulanmıştır. Terapi planının bütün detayları açıklandıktan, terapistin kapının diğer yanında olacağına dair söz verildikten, Carl'ın yardıma ihtiyacı olduğunda kapının dışarıdan açılabileceği gösterildikten sonra, Carl protokolün uygulanmasını kabul etmiştir.

(devam ediyor)

KUTU 12.3 (DEVAMI)

Nefes alma teknikleri öğretilmiş, kaygı düzeyinin ilk başlarda artacağı ve daha sonra azalacağı açıklanmıştır. Kaygı düzeyinin tam olarak bu şekilde ilerleyeceğine dair garanti verilmiştir. Ayrıca, 0 ve 100 arasında kaygı düzeyini nasıl değerlendireceği öğretilmiş ve terapist kapalı kapının ardından kaygı değerlendirmelerini sorarken terapisti duyup duyamadığı denenmiştir. Kaygı düzeyine ilişkin objektif bir bilgi kaynağı olması nedeniyle ve ikinci bir değerlendirme sağlanması için danışana dijital kalp monitörü de verilmiştir. Olası utanç verici olayları azaltmak amacı ile psikoloji binasının fazla hareketli olmayan ıssız bir köşesindeki lavabo seçilmiştir.

Carl, lavaboya girdiğinde ve kapıyı kapattığında, Carl ve terapist arasında kapalı kapının ardından sürekli bir sözel iletişim sağlanmıştır. Terapist tekrar tekrar cesur olmasını pekiştirmiş ve düzenli olarak kaygı düzeyi ile ilgili sübjektif değerlendirmesini ve kalp hızını ölçen monitördeki değerleri okumasını istemiştir. Beklenenden daha da kısa bir sürede, 5 dakika içerisinde, kaygısı artmış ve terapistin öngördüğü kaygı düzeyindeki artışın ve düşüşün gerçekleştiğini fark edebilecek ve bu duruma dayanabilecek bir düzeye kadar kaygı düzeyi düşmüştür. 15 dakika bu duruma maruz kaldıktan ve kaygı düzeyi azaldıktan sonra, taşırma seansı sonlandırılmıştır. Seansın başarısı ve başarının nedenleri daha sonra terapi odasında tartışılmıştır. Bir sonraki terapi seansı sırasında, taşırma aynı şekilde tekrar edilmiştir. Başlangıçta kaygısının daha düşük düzeylere gerilemesinin yanı sıra korkusu da daha düzenli ve daha yavaş bir şekilde yükselmiş, daha hızlı bir alışma süreci deneyimlemiştir. Sadece bu şekilde gerçekleştirilen iki seans sonrasında, artık umumi lavaboları görülebilen düzeyde bir rahatlıkla kullanabilecek duruma gelmiş ve çok kısa bir sürede elde edilen bu başarı danışan için hoş bir sürpriz olmuştur.

Son Gözlemler

Deneyler kullanılarak oluşturulan prensipler ve bu prensiplerin tedavi yöntemlerine uygulanması ile ilgili son derece açık bir bağ kurduğu için davranış terapisi psikolojik tedavi yaklaşımları arasında dikkat çekmektedir. Davranış terapisinin oldukça test edilebilir olduğu göz önüne alınarak, başlangıcından bu yana araştırmacılar davranış yöntemlerinin belgelemek için nicel vaka çalışmaları ve grup karşılaştırmaları yapmışlardır (Linden, 1981; Smith & Glass, 1977 ve 13. Bölüm'e bakınız).

Ayrıca davranış terapisinde kullanılan teknikleri standardize etmek ve kılavuz şeklinde yazmak özellikle kolaydır ve bu nedenle görece genç terapistlere öğretmek için iyi araçlardır. Pekiştirme ve cezanın küçük çocuklar ve zekâ geriliği olan kişiler gibi sözel becerileri kısıtlı olan bireylerle de kullanılabildiği göz önüne alındığında, çok geniş bir uygulama alanı sunmakta ve psikolojik müdahalenin diğer türlerinden daha fazla grup için uygun bir yöntemdir.

Davranışsal veya öğrenme teorisinin prensipleri sadece psikoterapideki uygulamalar ile sınırlı değildir, ama araba kullanmakta olan şoförlerin, performansları ile ilgili geri bildirim isteyen öğrencilerin, saygılı, duyarlı ve çevreye karşı korumacı olması beklenen vatandaşların davranışları gibi bizim çok sayıdaki açık davranışımızı da yönetebilir. Öğrencilere öğrenmelerinin desteklenmesi için not verilir (ya da az çaba gösterdiklerinde cezalandırılırlar). Araştırmalara yaşam boyu önemli katkıları olanlara nobel ödülleri verilir, tampon tampona araba kullananları cezalandırmak için ceza kesilir ve kısıtlı bir kaynak olan içme suyunun boşa kullanımını azaltmak için eve özel su sayaçlarının kullanımı doğrudan tepki maliyeti olarak görülebilmektedir.

KUTU 12.4

BULİMİA TEDAVİSİ

ÇIKARMANIN İZLEDİĞİ KOMPULSİF YEME VAKASINA ÇOK BİRLEŞENLİ DAVRANIŞ TERAPİSİ UYGULANMASI

WOLFGANG LINDEN
McGill Üniversitesi

Özet – 20 yaşındaki bayan üniversite öğrencisi, her gün görülen ve çıkarma davranışının takip ettiği kompulsif yeme bozukluğu için tedavi edilmiştir. Alternatif tepkinin yapılandırılması, uyaran kontrolü, tepki gecikmesi ve bireyselleştirilmiş dışa dönüklük eğitimini içeren farklı davranış prosedürleri kompulsif davranışların hızlı bir şekilde azalmasına neden olmuştur. 6 aylık izleme sürecinden sonra iyileşme neredeyse tamamen sağlanmıştır.

Obez kişilerde aşırı yeme davranışının tedavisi için çok sayıda davranışsal teknik mevcuttur (Stuart, 1967; Stuart ve Davis, 1972; Leon, 1976). Aynı şekilde, kompulsif bozukluklar için davranış stratejileri tercih edilmektedir (Marks, 1978). Ancak normal kiloda olan kusmanın izlediği kompulsif aşırı yeme bozukluğu olan hastaların tedavisine psikoloji yazınında yeterince yer verilmemektedir. Bu nedenle, bu vaka için kompulsif davranış bozukluğunun tedavi yönteminin özel olarak tasarlanması gerekmiştir. Obezitede ve kompulsiyon bozukluklarında kendini kontrol etmeyi sağlamak için kullanılan davranış prosedürlerinin bazı bileşenleri bu vaka için uygulanabilir görünmüştür.

Bu makalede tek bir vakanın değerlendirilmesi, sonrasında tedavi planının geliştirilmesi ve tedavinin seyri sunulmuştur.

Arka Plan ve Sorunun Tanımlanması

20 yaşındaki bayan üniversite öğrencisi düzenli olarak aşırı derecede kusma davranışının izlediği sık sık tekrarlayan kompulsif aşırı yeme bozukluğu nedeniyle üniversitenin danışmanlık servisinde terapi almak istemiştir. Gündüzleri, enerji ihtiyacını karşılamaya yeteceğini düşündüğü miktarda kaloriyi alarak kalori alımını kısıtladığı çok sıkı bir diyet uygulamıştır. Akşam 17.00 ya da 18.00 saatlerinde diyetine bağlı yaptığı üçüncü yemeğinden sonra 19.00 ve 23.00 saatleri arasında yemek yemek için kompulsif bir istek duymaktadır. Bu durumlarda, "yasak" olan yüksek kalorili yiyeceklerden fazlasıyla ve büyük oranlarda tüketmektedir. Bu yiyecekler yaklaşık 90 gramlık 6-8 parça çikolata ya da 20 dilim fıstık ezmeli ve reçelli kızarmış ekmek olabilmektedir. Aşırı yeme süresince, yemeyi bırakıp, banyoya giderek kusacağı noktaya gelene kadar kompulsif duygular hızlı bir şekilde azalmaktadır. Bu epizodlar son 4 yılda neredeyse her gün meydana gelmektedir.

Hasta erkek arkadaşından ayrılmaktan korktuğu için terapi almak istemiştir. Erkek arkadaşı önceden hastanın sorunun farkında değildir. Hastanın birlikte yaşadığı ebeveynleri sorunlu davranışları bilmektedir, ancak davranışların olduğundan daha az tekrarlandığını düşünmüşlerdir.

Hasta 14 yaşındayken erkeklere çekici gelemeyecek kadar obez olduğunu hissetmiştir. Kendi anlatımına göre, yaklaşık % 10-15 kilo fazlası olmasına rağmen, sınıfındaki en "şişman" kızdır ve bu durum yeme davranışı için fazlasıyla endişe duymasına neden olmuştur. Sıkı bir şekilde diyet yapmaya başlamış ve öyle fazla kilo vermiştir ki "bir deri bir kemik" kalmıştır. Çok güçsüzleşmiş ve sık sık bayılma

KUTU 12.4 (DEVAMI)

nöbetleri geçirmiştir. Kendi anlatımına göre, o dönemde aneroksiya nervozanın (Feighner ve ark., 1972) bütün kriterleri bulunmaktadır. Daha sonra bu durum onu korkutmuş ve daha fazla yemek yemeye başlamış ancak yedikleri düşük kalorili ve düşük karbonhidratlı yiyeceklerle sınırlı kalmıştır. Birinci ve ikinci değerlendirme seanslarının arasında Danışan 1.65 m. olan boyuna göre normal sayılabilecek yaklaşık 52 kiloya ulaşmıştır. Bu kilo terapiye kadar korunmuştur. Normal kilosuna ulaştıktan sonraki ve terapiye başlamak istediği dönemde kompulsif epizodlar haftada altı kere olmaya başlamıştır.

Danışanın ebeveynleriyle iyi bir ilişkisi vardır ve okulda önemli bir sorun yaşamamaktadır. Ancak erkek arkadaşıyla "iki sorun" yaşamaktadır. Seksten keyif almakta ama orgazm olamamakta ve bu konuyla ilgili rahatça konuşamamaktadır. İkinci sorun erkek arkadaşının bütün hafta sonunu ailesiyle geçirme alışkanlığıdır. Danışan hafta sonları yalnız bırakılmaktan ve erkek arkadaşının bu konuya olan tutumunu değiştiremediği için çok rahatsız olmaktadır.

Tedavinin amaçları belirlenmeden önce, organik bir bozukluğu ve/veya duygu durum bozukluğu olmadığının tespit edilmesi gerekmektedir. Yakın zamanda yapılan bir genel sağlık kontrolü fiziksel sağlığının mükemmel olduğunu ve kompulsif davranışlarının somatik özellikleri olmadığını göstermiştir. Aşırı derecede ağır bir duygusal patolojisi olduğunu gösteren bir bulgu yoktur ve kontrolde sıra dışı duygu değişimleri, yakın zamanda kilo kaybı, intihar düşünceleri veya halüsinasyonlar belirtilmemiştir.

Tedavi

Danışan erkek arkadaşının ya da ebeveynlerinin tedavide yer almalarını istememiştir. Bu durum potansiyel bir birleşik değerlendirme yapılmasını engellemiş ve bireysel konsültasyonlar yapılmasını gerektirmiştir. Terapide iki önemli amaç belirlenmiştir: davranışın sıklığında azalma veya mevcut kilo korunurken aşırı yeme/kusma epizodlarının tamamen ortadan kaldırılması, erkek arkadaşına karşı kendinden emin davranışlarının güçlendirilmesi ve sosyal faaliyetlerinin çeşitliliğin arttırılması.

Danışanın kendisi davranışlarını izlemesinden aşağıdaki temel verilere ulaşılmıştır:

- 800-1200 kalorilik diyet yiyeceklerinden oluşan günlük kalori alımı;
- Düzenli yenilen yiyecekler (ör. tam buğday ekmeği, krakerler, inek peyniri, et, salata) ve aşırı yenilen yiyecekler (ör. yağlı yiyecekler, çikolata, tost, kekler, sosisler, pizza) arasında ayrım yapma;
- Fazla yemek yemek (alman kalorinin büyük bir kısmı kusmayla kaybedilse de) günlük 3000-5000 kalori alımını ifade etmesi;
- Bir haftada altı "aşırı yeme" epizod sıklığının görülmesi;
- Günlük üniversite faaliyetleri ve spor egzersizleri ile yoğun fiziksel etkinlik yapılması;
- Yemek yemek için kompulsiyon ortaya çıktığında yalnızlık hissetme ve kendini engelleyememe;
- Kustuktan sonra güçlü bir rahatlama hissi.

Terapötik Plan ve Prosedürler

Müdahalede ilk adım olarak terapist problemli yeme davranışlarının gösterilmesine katkı sağlayan işlemsel mekanizmaların tanımını sunmuştur. Aşırı yemek yeme ve ardından kusmanın – kendi içinde problemli davranışlar olmalarına rağmen – geçmişte önemli ve kalıcı katkıları olmuştur: ideal kilonun korunması.

(devam ediyor)

KUTU 12.4 (DEVAMI)

Davranış kalıbının kendi kendini pekiştirici özellikleri açıklanmıştır. Bu davranış döngüsü danışanın kilo almanın olumsuz sonuçlarını yaşamadan "günah işlemesini" (yasak yiyecekleri yemesi) ve "kefareti yerine getirmesini" (kusmasını) sağlamıştır. Bu nedenle, kilonun korunması amacını kaybetmeden terapötik amacın problem davranışını değiştirmesi gerekmiştir.

Ayrıca yemek yeme ve gerçek enerji harcama miktarı arasındaki ilişkiden terapötik planlamaya ilişkin bilgi edinilmiştir. Diyetler nedeniyle danışanın açıkça yetersiz beslenmesine rağmen, 4 yıl süresince kilosunu koruyabilmesi gerçeği sadece aşırı kusma davranışına karşın vücudun "yasak" yiyeceklerden alınan kaloriyi enerji ihtiyacını karşılamak için koruması varsayımıyla açıklanabilmiştir.

Bu mantık çerçevesinde, aşırı yeme/kusmaya ilişkin davranış değişikliği üç ana strateji kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Bandura, 1969; Kanfer ve Philips, 1970):

a. alternatif tepkinin yapılandırılması
b. uyaran kontrolü
c. tepkinin geciktirilmesi

Bu stratejiler aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

a. *Alternatif tepkilerin yapılandırılması*

1. Toplam kalori alımı korunarak yiyecek tercihi değiştirildi: Günlük üç diyet yemeğine devam edilirken, akşamın geç saatlerinde yenilmek üzere yüksek kalorili "yasak" yiyecekler listesinden seçilen 600-800 kalorilik atıştırmalıklar eklendi. Danışana var olan seçenekleri göstermek için fihrist kartlarına 800 kalorilik on farklı atıştırmalık yazıldı. Amaç: vücut ağırlığına ve hareket düzeyine bağlı olarak günlük kalori harcaması 2000 kalori olarak hesaplandı (Stuart ve Davis, 1973). Rejimde yer alan atıştırmalıklar önceden yasaklanmış olan yiyeceklerin yetersiz diyetindeki boşluğun doldurulmasını ve mevcut "ideal" kilosunun korumasını sağlayacaktı.
2. Yenilen yiyecekler danışan tarafından izlenerek sürekli kaydedildi.

Danışanın kilosu günlük olarak kontrol edildi ve şekillerle gösterildi. Danışanın yeni rejimiyle mevcut kilosunu koruyabileceğini fark etmesinin bir güçlendirme etkisi yaratması beklenmekteydi.

b. *Uyaran kontrolü*

1. Danışanın ebeveynlerine problemle ilgili bilgi verildi ve annesinden daha düşük kalorili yiyecekler alınması istendi.
2. Buzdolabının bir bölümü danışanın rejiminde yer alan yemekler için ayrıldı.
3. Danışanın yiyecek almak için mutfağa gitmesi yerine odasına birisinin ara öğünlerini götürmesi istendi.

1., 2. ve 3. maddelerin amaçları: uyaranların durumunun yapılandırılması, uygunsuz yeme davranışına neden olan gereksiz hatırlatıcıların ortadan kaldırılması

c. *Tepkinin geciktirilmesi*

1. Yogaya olan ilgisi ve yogadan aldığı zevk yemek yemek istediğinde egzersiz yapması için kullanıldı.

Tedavinin ikinci amacı kendine olan güveninin geliştirilmesidir. Danışan kompulsif davranışlarından önce kendini yalnız hisset-

KUTU 12.4 (DEVAMI)

tiğini ifade etmişti. Bu yalnızlık deneyimlerini önlemek için, erkek arkadaşı ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerindeki dışa dönük davranışları desteklendi ve güçlendirildi. dışa dönüklük eğitiminde, davranış analizi, talimatlar ve canlandırmalar kullanılmıştır.

Sonuç ve İzleme

Temelin oluşturulduğu dönemde aşırı yeme/kusma davranışları 1 hafta içinde altı kere gerçekleşmişti. Tedavinin ilk haftasından sonra davranış sıklığı haftada dörde düştü, 2. Hafta "haftada bir epizod" olmak üzere oran ikinci haftadan dördüncü haftaya kadar sabit kaldı. Toplam gözlemleme sürecindeki aşırı yeme/kusma davranışlarındaki azalma Şekil 1'de gösterildi.

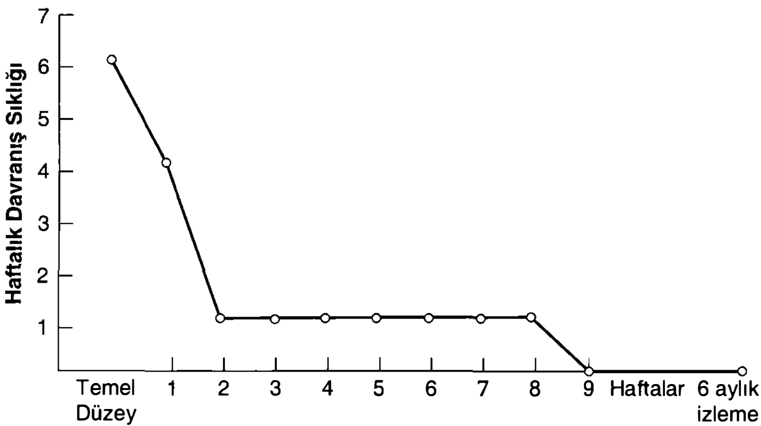
4 haftalık tedaviden sonra, danışan kilo almadan ne kadar yiyebileceğini bu sürede öğrendiği için kalori hesaplamayı bıraktığını belirtti.

Seanslar süresince erkek arkadaşıyla yaşadığı 3 ile 6 soruna odaklanıldı ve danışan kendinden emin davranış sergilemede ilerleme kaydetti. 6. seanstan sonra danışan 4 haftalık tatile gitti. Tatilden döndüğünde haftada yaklaşık bir kez olmak üzere kompulsif epizodlarının sıklığının sabit kaldığını söyledi. Danışan seksle ilgili daha rahat konuşabiliyordu ve artık seksten daha fazla zevk aldığını belirtti.

7. terapi seansında danışan mutlu bir şekilde aşırı yeme/kusma davranışının göstermediğini söylemiş ve tedaviyi bırakmakta ısrar etmişti. İlişkilerinin umut verici olduğunu söyleyerek erkek arkadaşıyla ilişkilerinin ilerlemesini umduğunu belirtti.

3 ay sonra yapılan takip seansı bu dönemde kompulsif epizodların iki kez olduğunu gösterdi. Danışan epizodları kendisinin kontrol edebildiğini hissetti. Erkek arkadaşı hafta sonlarını sadece ailesiyle geçirme ile ilgili fikrini değiştirdi ve artık cinsel hayatlarında orgazm yaşayabiliyorlardı. Bunun yanı sıra, üniversitede tek başına ya da erkek arkadaşıyla birlikte sosyalleşebileceği birkaç yeni arkadaş edindi. Telefonla yapılan 6 aylık izleme süreci bu gelişmelerin devam ettiğini gösterdi.

Kompulsif epizodların sıklığındaki değişim



(devam ediyor)

KUTU 12.4 (DEVAMI)

Tartışma

Problemli yeme davranışlarının sıklığındaki azalmanın hızı ve sosyal durumlardaki dışa dönüklüğün güçlendirilmesi en tatmin edici sonuçlardır. Etkili terapötik içerikler deneysel tasarımın yokluğunda varsayımsal kalmak zorunda olsa da, tanımlanan terapötik yaklaşım -zararlı davranışın, önemli bir pekiştERECİn sonucu olan- kiloyu koruma avantajını kaybetmeden problem davranışın değiştirmesini sağlamıştır. Danışanın erkek arkadaşı ve diğerleriyle olan ilişkilerindeki artan kendine güveni yalnızlık hislerinin kaybedilmesinde etkili olmuş ve aynı zararlı davranışın önemli duygusal öncülünü ortadan kaldırmıştır.

Kaynakça

Bandura A. (1969). *Principle of Behavior Modification.* New York.

Feighner J. P. *et al.* (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archs Gen. Psychiat.* 26, 57–63.

Kanfer F. H. and Philips J. S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy.* New York.

Leon G. (1976). Current directions in the treatment of obesity, *Psych. Bull.* 83. 557–578.

Marks I. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Ed. by Garfield S. L. and Bergin A. E.). 2nd Edn., John Wiley, New York.

Stuart R. H. (1967). Behavioral control of overeating, *Behav. Res. & Ther.* 5, 357–365.

Stuart R. B. and Davis B. (1972). *Slim Chance in a Fat World.* Research Press.

Bu çalışmaların hiçbiri psikoterapi olarak adlandırılamaz fakat her biri öğrenme ve koşullanma yöntemlerine dayanan etkili davranış kontrolüne örnektir.

Davranış terapistinin danışanın onayını almadan veya danışan ne yapıldığını tam olarak anlamadan bireyin davranışlarını değiştirme becerisine **siyah kutu prensibi** de denilmektedir. Davranış terapisindeki "siyah kutu" kavramının mekanik ve insanlık dışı olduğuna dair bir görüş oluşması şaşırtıcı değildir. Ceza stratejilerinin kullanılması cezanın sorumsuzca kullanılmasının (ör. yemeği yemediği için bir yetişkinin çocuğa fiziksel şiddet uygulaması) gerçekten insanlık dışı olabileceğinin bir örneğidir. Az miktarda cezanın makul kullanımı (kişinin tırnağı yediğinde bileğine takılı lastiği çekerek kendi kendini cezalandırması) aynı anda hem etkili hem de insani olabilir. Bu öyküler arasındaki farklar; cezanın yoğunluğu, cezanın kişiye vereceği olası zararı, davranış arkasındaki motivasyon ve cezanın uygulandığı kişinin onayının derecesidir.

BİLİŞSEL TERAPİ

Bir önceki bölümde, davranışçı terapiyi eleştirenlerin, davranışçı terapinin bir belirtinin iyileştirilmesinde insanları sanki kara kutuya sahip bir robot gibi tedavi ettiğini düşündüklerini vurguladık. Bilişsel terapi bu karşıt eleştire karşı geliştirildi. Bilişsel terapi, sağlıklı uyum sağlamak ve çok çeşitli psikopatolojilerle bağlantılı olan duygudurum ve duyguların düzenlenmesi üzerine yaygınlaşan deneysel araştırmaların doğal sonucudur (Zaretsky, Segal ve Fefergrad, 2007).

Teorik temelleri ve önde gelen düşünürleri hakkında ayrıntılarına girmeden önce, depresyon veya anksiyete hastaları tarafından bilişsel terapistin önüne konulabilecek olan bazı düşünce kalıplarını resmetmek yararlı olacaktır.

Herkes benim iş görüşmelerine gitmemi istiyor, çünkü her zaman meteliğe kurşun atmaktan yakınırım. Ancak hiç iş tecrübem yok, özgeçmiş yazmayı bilmiyorum ve hiç kimse bana bir iş vermeyecek.

Patronum her zaman bende bir kusur buluyor, promosyon almayacağım kesin ve eğer yaptığım satışların oranını artırmazsam belki de işten kovulacağım. Diğer arkadaşlarım satışlarında çok daha iyisini yapıyor ve patronumun onları daha çok sevdiğini görebiliyorum.

Bu söylemlere yakından bakmak bilişsel terapistin odaklanmak istediği şeydir. Her iki birey kararsar ve özsaygısı düşük bir profil çiziyorlar. Gerçek kanıtlar olmadan sabit bir fikir hakkında spekülasyon yapıyorlar ya da birçok yolla yorumlanabilecek olan bir durumu alıyorlar ve çok dar bir sonuç çıkarıyorlar. İki vakada da, onların, durum hakkındaki düşünce tarzları, onları şikâyet ettikleri şeyden kurtulmaya çalışmaktan alıkoyuyor ve daha az moral bozukluğuna neden olacak alternatif açıklamalar ve değerlendirmeler yapmalarını daha da zorlaştırıyor. Depresyonda ve sıkıntı içinde olan birçok hastayı dinlemiş olmak temelinde, bilişsel terapistler düşünmede yapılan yanlışların tahmini yapısını tanımlamaya çalışmışlardır ve onları tanımlama işlemine yardım etmek için belirli bir düzen içinde sınıflandırmışlardır. Bu sınıflandırma ile ilgili terimlerin bir listesi Kutu 12.5'te bulunabilir.

KUTU 12.5

İŞLEVSEL OLMAYAN DÜŞÜNCE YAPILARININ LİSTESİ

1. *Etiketleme*: Negatif tonda kullanılan bir kelime ve belirli bir sorunlu davranışa refleks olarak iliştirdiğin etiket (ben salağın biriyim çünkü virüs programını güncelleştirmeyi unuttum).
2. *Pozitif nitelikleri atlama veya diskalifiye etmek*: Seçici dikkat ile alakalıdır yani bir durumun sadece sorunlu tarafına dikkatini vermek gibi (aslında kendi terk etme planlan yapmışken şöyle demek "Kız arkadaşımın beni terk etmesi korkunç bir durum.").
3. *Felaket tellallığı*: Destekleyici kanıt olmamasına rağmen olabilecek en kötü şeyi için tahmin yürütmek (eğer bulunduğum uçağın motorlarından biri bozulursa uçak yere çakılır).
4. *Siyah ve beyaz düşünceler*: Çok kategorize edici bir zihniyet, yani, "Eğer bu sınavdan yüzde 90'dan daha çok bir puan almazsam hukuk fakültesine hiçbir zaman kabul edilmeyeceğim." ya da "Yüzde 90 veya daha üst bir puan alırsam istediğim her hukuk fakültesine kabul edilmem garantidir." demek gibi.
5. *Falcılık yapmak*: Ölçüp biçmeden ve test etmeden tahmin yürütmek, "Erkek arkadaşımın beni terk ettiğini varsayarsam, gelecekte de asla bir erkeğin ilgisini çekmeyeceğim"
6. *"Şart koşmak" veya "kaçınılmaz gereklilik" söylemleri*: Diğerlerinin nasıl davranması gerektiği konularında katı kuralları ve diğerlerinin beklenildiği gibi davranmamalarının ne kadar kötü bir şey olduğunu yansıtır (Partiye zamanında katılmak zorundayız aksi taktirde ev sahibi bizi asla affetmez.).
7. *Duygusal sebep göstermek*: Sadece öyle olduğuna inandığın veya öyle olduğunu hissettiğin için bir şeyin gerçek olduğuna kendini inandırmak.
8. *Düşünce okuma*: O kişinin o ana kadar hiçbir şey söylememiş olmasına rağmen kesin olarak o kişinin ne düşündüğünü bildiğine inanıyorsun. Bu tip bir düşünceler, nihayetinde diğer olasılıkları göz önüne almamaya ve insanları hiçbir şey yapamamaya iter.

Düşüncelerdeki hatalar konusu bilişsel terapinin kendine has niteliğidir ve bu tavrın tepeden bakan bir tarzda olduğu çıkarımı bazıları tarafından yapılabilir. Çünkü bilişsel terapi hem kategorik ve hem dogmatik görünüşüyle güçlü bir doğru ya da yanlış ayrımını beraberinde taşır. Elbette ki asıl niyet danışanı strese sokmak değildir, ancak danışanı daha işlevsel düşünmeye yönlendirmek ve ona daha çok güç verici ve fırsatlara daha açık olmayı sağlayıcı düşünce kalıplarını oluşturmayı öğretmektir. Depresyon tedavisinde, bilişsel terapideki doğru ve yanlış düşüncesi (mefhumu) hakkında bilişsel terapinin uygulanması buna iyi bir örnektir.

Anormal psikoloji alanında, depresyondaki bireylerin hayatı daha negatif gördükleri konusunda her ne kadar tartışma olmasa da (Beck, 1987) depresyondaki kişinin depresyonda olmayan bir kişiden daha gerçekçi olup olmadığı ya da dünya görüşünün daha hatasız olup olmadığı hakkında yoğun bir tartışma vardır (incelemeyi görmek için bk. Dobson ve Franche, 1989). Kimin daha hatasız görüşü olduğu konusunu ortaya atmak bilişsel terapistler için önemsiz bir konu değildir, hastanın düşünsel kalıplarının doğruluğu ve hatasızlığı, terapistin, tedavinin etkililiği için neler yapabileceği ve nelere gereksinim duyduğu konularında çok büyük bir etki yapar. Depresyonlu iki tip bireyi gözümüzde canlandıralım. Biri akademik olarak ve fiziki sağlıklılık bakımından oldukça iyi bir performans gösteren ancak aynı zamanda depresyonlu ve sosyal olarak izole hâlde yaşayan 21 yaşında çekici bir üniversite öğrencisidir. Bu bireyin kendisini algılaması ile diğerlerinin bu kişiyi algılamalarını birbiriyle karşılaştırmak anlamlı olur. Birçok insan bu 21 yaşındaki gencin önünde harika bir hayat olduğunu düşünecek ve depresyonda olmasına sebep olabilecek nesnel çok az sebep görecektir. Hâlihazırda bu tip danışanları daha önce YAVİS (GÇKAB) olarak tanımlamıştık (bk. 10. Bölüm: Young/Genç, Attractive/Çekici verbal/Konuşkan, Inteligent/Akıllı ve Succesful/Başarılı). Terapinin beklentisi bu tip hastanın nispeten hızlıca geliştiğidir; çünkü onun kendisine bakışındaki olumsuzluk sahip olduğu birçok olumlu karakteristiklere karşı test edilebilir ve olasıdır ki aşırı genelleştirme ve rasyonel olmayan düşünce kalıpları depresyonun altında yatıyor olabilir. Terapistin, henüz denenmemiş birçok fırsatın var olduğuna onun dikkatini çekebileceği görülebilir, iyimser olmak için birçok sebep vardır.

Şimdi, dörtlü koroner bypass ameliyatı olduktan sonra hastanede istirahat eden 82 yaşındaki yaşlı bir kadının senaryosunu ele alalım. O duldur, sınırlı bir maaşla yaşar, uzaklarda yaşayan 2 çocuğu vardır ve onlar şu an onun yanında değildirler. Bunlara ek olarak onun çoğu arkadaşı öbür dünyaya göç etmiştir, şeker hastasıdır, kireçlenmeden dolayı sık sık ağrılar çekmektedir ve görme kabiliyeti özelliğini yitirmektedir. Ayrıca o çok depresif bir durumdadır. Bir bilişsel terapist böyle bir kişiye nasıl yaklaşımda bulunacaktır? Bizim hastanenin psikoloğu Dr. Melissa A, bu 82 yaşındaki kadına depresif nitelikli düşüncelerinin mantıksız ve geçekçi olmayan düşünceler olduğunu mu söyleyecek? Bu düşünceleri görmezlikten gelmesi gerektiğini işaret etmeyi mi deneyecek? Açıkca, bir terapist için her iki hasta da depresyonlu olmasına rağmen, buradaki senaryo başa çıkmanın çok farklı bir durumudur. Bu iki tip hastanın birbirleri ile karşılaştırılmasının maksadı bilişsel terapistin her bir hastaya aynı basite indirgenmiş bir havayla yani gerçekçi veya gerçekçi değil diye yaklaşmaması gerektiğidir. Bu iki örnekte, terapist hastanın alışkanlık edindiği düşünce kalıplarını ve duyguları öğrenmek için çaba harcamalıdır ki işlevsel olmayan veya değişime açık olabilecek olan yineleyen temaları izleyebilsin ve bunların alternatiflerini bulmayı deneyebilsin.

İki Ana Önder: Ellis ve Beck

Bilişsel terapiyi genel olarak tartışma fırsatı bulmuşken okuyucu şimdi bilişsel terapinin tarihsel kökenlerine bakmaya ve bilişsel terapinin iki ana önderinin, yani Albert Ellis'in ve Aaron Beck'in, çalışmaları hakkında bilgi edinmeye hazırdır.



Albert Ellis

Ellis, Akılcı Duygusal Terapiyi (Rational Emotive Therapy-RET) yaratmış biri olarak saygınlık kazanmıştır (RET; Ellis, 1962, 1977), ancak aslında o bilişsel terapinin ilk formunu oluşturmuş olan kişidir. Esasen psikanalitik terapi eğitimi alan Ellis, psikanalitik terapinin yavaş ve edilgen bir özelliği olması sebebiyle büyük bir düş kırıklığına uğradı. Bu yüzden daha dolaysız ve agresif bir yaklaşım arayışına girdi. Genel olarak bilişsel terapinin altında yatan temelin çoğu, özellikle ADT'de (RET) Yunan filozoflarının dönemine kadar gider (Ellis'ten alınmıştır, 1962): Epiktatüs "İnsanlar şeyler tarafından huzursuz edilmez, ancak onları algılarlarken ki görüş açısı nedeniyle huzursuz olurlar." sözüyle anılır. Ellis ayrıca Hamlet'te benzer bir söylemde bulunan Şekspir'i de saygıyla anar: "İyi ya da kötü diye bir şey yoktur, ancak öyle düşünmek onu öyle yapar.". Ellis karizmatik bir terapisttir ve kendi yaklaşımının kolayca anlaşılmasını sağlamak için o bu fikri basitleştirerek "ABC" kavramı olarak tanımladı:

- A "önce geleni" temsil eder
- B "inanışı" temsil eder
- C "sonucu" temsil eder

Ellis'e göre bir erkeğin kendisini mutsuz eden şey, kız arkadaşının onu terk etmesi gerçeğinden değil; ancak erkeğin gerçekten onun yerini kapatabilecek başka bir uygun kız arkadaş bulamayacağı inanışından kaynaklanmaktadır. Ellis ayrıca düşünme serisi oluşturmuştur, buna göre, hareketin başlaması yani öncül olan (kız arkadaşı onu terk etti) değiştirilemez, oysaki başka bir kız arkadaş bulamayacağı konusundaki inanışı düzeltilebilir ve bu da eşzamanlı olarak duyguları değiştirecektir. Geçekçi olmayan düşünceler konusundaki ne demek istediğini daha iyi anlatmak için Albert Ellis, insanların kendi düşünce tuzaklarını kurdukları tipik yolları değerlendirdiği çok renkli bir ilkeler listesi oluşturmuştur (Tablo 12.1).

1962 yılında yayınlanmış olan "Psikoterapide Sebep ve Duygu" adlı çığır açan kitabının yanında Ellis, New York'ta hâlen bugün de faaliyette olan bağımsız bir eğitim enstitüsü kurdu. Bunların yanında popüler olan birçok psikoloji kitabı yazmıştır, öyle ki bu kitaplar Akılcı Duygusal Terapinin (ADT) hazırlayıcısı oldu. Bu alaylı isimlere sahip olan kitaplardan bazıları şunlardır: *Karşılaşabileceğin Her şey Karşısında Kendini Mutsuz Etmeyi Nasıl İnatla Reddedersin, Bir Nevrotikle Nasıl Yaşanır?, Medeni Eşlerin Evliliklerinde Maceralar Kılavuzu*

TABLO 12.1 Albert Ellis'in Yaklaşımını Örnekleyen Geçekçi Olmayan Fikirler

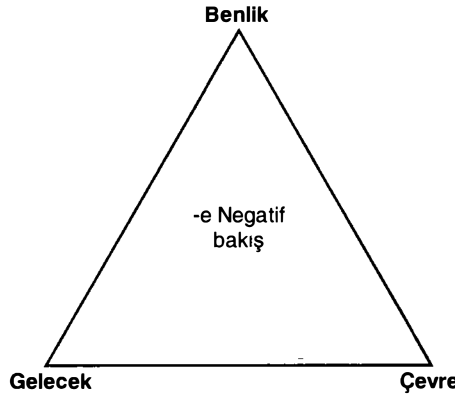
1. Herkesin beni sevmesi ve onaylaması şarttır.
2. Ben ancak denediğim her şeyde sürekli olarak başarılı olursam ve yüksek beceri sergilersem değerli bir insanım.
3. Diğerlerinin yaptıkları yanlış işler ile tasalanıp durmam gerekiyor ve bir şekilde onları eleştirmem ve cezalandırmam gerekiyor.
4. Hayatın olmasını istediğim gibi hoş bir yer olmaması çok korkunç.
5. Mutsuzluklar dışardan geliyor ve ben bu durumu kontrol edemiyorum.
6. Bir şey beni korkuttuğunda onunla ilgili tasalanmam gerek ve sürekli olarak çevremi beni korkutan şeyler için kolaçan etmem lazım.
7. Zor kararlar ve sorumluluklardan kaçınmak onlarla yüzleşmekten ve onlarla birlikte yaşamaktan daha kolay.
8. Her zaman bir başkasına yaslanabilmek benim için gereklidir, çünkü kendim çok zayıfım.
9. Geçmişim çok güçlü bir şekilde bugünkü hayatımı belirliyor ve bu yüzden ben gerekli olan değişimleri gerçekleştirmekte özgür değilim.
10. Diğerlerinin problemleri ile ilgili olmalıyım ve onlar için tasalanmalıyım.
11. Hayattaki problemler her zaman kusursuzca çözümlere sahiptir ve eğer bu kusursuz çözümü bulamıyorsam bu çok kötü bir durumdur.

Ellis'ten (1962) alınmıştır.

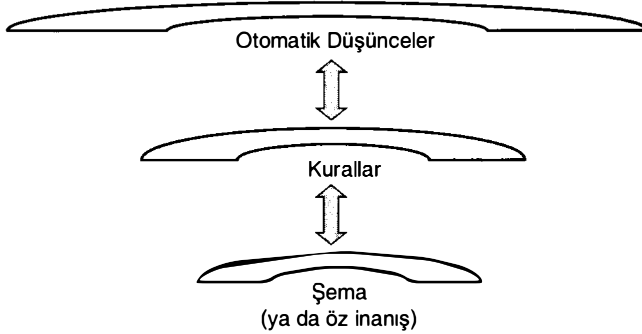
Suçluluk Duygusu Olmadan Seks. ADT'nin kendisi büyük oranda terapistin danışanla Sokratesvari diyalog içerisine girmesi işlemidir, burada terapist (a) danışanda bulunan düşüncedeki hataları tanımlar, (b) irrasyonelliğe ve bu gibi düşüncelerin işlevsel olmadığına dikkat çeker ve (c) danışanın kendi iç diyaloğunu veya senaryosunu tekrar yazmasına yardımcı olur.

Enteresan bir şekilde, Aaron Beck mesleği psikiyatristlik olmakla birlikte başlangıçta psikanalitik yaklaşımlar konusunda eğitim aldı. Depresyon için geliştirdiği bilişsel tedavi yöntemi, benzer bir şekilde analitik terapinin sınırlı yararlılığının getirdiği tatminsizliğe karşı bir tepkiyle doluydu. Beck'in çalışması kuvvetli bir şekilde depresyonun yapısı hakkındaki geniş araştırmalara ve depresyonlu hastalarda gözlenen tipik düşünce kalıplarına dayanmaktadır. Beck'in çalışmasının temel noktası, "tipik olanın formülasyonu", depresyonlu hastaların bilişsel üçlüye oturan peşin hükümlü düşünce kalıpları ki bu hastayı kendisi, çevresi ve geleceği hakkında oldukça karamsar olarak tanımlayan kalıplardır (Şekil 12.2).

Bu karamsar düşünce kalıplarının değiştirilmesi için dizayn edilen terapi yaklaşımlarına gelince, Beck insanın kendi düşünceleri hakkında farkındalığının çeşitli derecelerini betimleyen kademeli bir model geliştirdi. Zemine yakın olan düşünceler her günkü faaliyetlere eşlik edenlerdir ve bu kademe sıklıkla bireylerin ne gördüğüne, ne yapmayı planladıklarına, nasıl hissettiklerine ya da niçin özellikle bir davranış içerisinde olduklarına eşlik eden içgörü senaryosu olarak tanımlanır. Eğer bu tip düşüncelerin hepsi tamamıyla kağıda dökülseydi her birimiz bir günde bir kitabı dolduracak kadar yazmış olurduk –bu gerçek bizi düşüncelerimizin hepsinin kaydını tutmaktan alıkoyar. Bu kademe otomatik düşünceler olarak tanımlanır. Beck'e göre bir sonraki kademe kazara oluşmuş gibi görünen kendi düşüncelerimizdeki bu kalıpları birbirine bağlar, buna altta yatan varsanılar adı verilir. İşte bu kademede bir bilişsel terapist, depresyonlu hastaların



ŞEKIL 12.2 Bilişsel Üçlü



ŞEKIL 12.3 Beck'in bilişsel şema modeli

kendine özgü kurallarla yürüyen ve fonksiyonel olmayan düşünce kalıplarını fark etmeye başlar (Şekil 12.3). Son olarak, etkisi en derin ve en çok uzun süreli olan büyük ihtimalle çocukluk yıllarında yaratılmış olan ve **"şema"** ya da **"öz inanışlar"** olarak adlandırılanlardır.

Depresyon hastalarının arasında görülen en klasik öz inanış, dünyanın, insanların kolaylıkla reddedildikleri, güvensiz ve/ya da noksan bir yer olarak derinlikle deneyimlenmesidir. Terapi işlemine gelince, ilk olarak, hastaların kendi düşünce alışkanlıklarının nasıl farkına varacaklarını öğrenmeleri çok önemlidir. Terapistler büyük olasılıkla insanların düşüncelerinin ve duygularının farkındalığını artırmak isterler. İçgörü senaryolarındaki sistematik kalıplara bakmaya başlamaları için günlük tuttururlar ya da düşünce kayıtlarını kullanırlar. Terapinin başlangıcında, düşünce kayıtları basit-üçlü sütun metodu kullanmaya eğilimlidir, burada birinci sütun danışanın hâlihazırdaki problemi ile alakalı olarak belli bir gün içinde olan dikkat çekici olayları tanımlar. Ör. bir danışan, çoğunlukla spor arabasını kullanırken meydana gelen zayıf öfke kontrolü şikâyeti ile gelebilir. Bu durumda, öfkenin yükseldiği bir sürüş hikâyesi, meydana gelmiş olay olarak soldaki

sütuna rapor edilen olaydır. Ortadaki sütunda, danışandan o anda ne hissettiğini ve bu düşüncenin ne kadar güçlü olduğunu kayıt altına alması istenir. Dikkati çekecek bir şekilde, bilişsel terapistler, danışanlarının nadiren bir anda bir duygu yaşadıklarını ve aslında onların çok kızgın olduklarında aynı zamanda biraz da üzüntü çektiklerini fark ederler. Bilişsel terapist, danışanın diğer sürücüye gerçekten kızgın olduğunda ve kornaya basıp bağırıp çağırdığında ne düşündüğünü yazıya dökmesi için onu cesaretlendirmenin yollarına bakar. Kayıt altına alınan bu düşünceleri okuma şansını yakalamış olmakla, terapist, özellikle bir sıklıkta meydana gelen, yinelenen düşünce kalıplarını fark etmeyi umar. Bu olduğunda, tema, en çok dikkat çeken anlamında "sıcak düşünce" olarak adlandırılır. Aslında Beck öz inanışları, kendisinin geçmişteki psikanalitik terapi eğitiminden esinlenerek, derinlere yerleşmiş ve uzun süreli olanlar diye tanımlar ve analitikliğin evrim geçirerek yorumlayıcı psikoterapiden daha bilişsel terapiye dönüşümünü gösterir (Tablo 12.2).

Danışan kişi, kendisine ilk kemoterapisinin başarılı olduğu ancak malignant tümörünün tekrar etme olasılığının çok yüksek olduğu söylenen çok kaygılı bir göğüs kanseri hastasıdır.

Fonksiyonel olmayan düşünce alışkanlıklarının ortaya çıkarılmasını sağlamak için düşüncelerin kayıt altına alınması bilişsel terapide mükemmel bir ilk adımdır. Böyle olmasına rağmen, kendisini belli etmiş bir düşünce kalıbının varlığının sadece farkına varmak çok yardımcı olmaz ve büyük olasılıkla hızlı bir terapötik değişimi sağlamak için yeterli olmaz. Depresyonlu (aynı zamanda anksiyete ve öfke problemi olanlarda) danışanlarda tipik olan olumsuz beklentiler sıklıkla değişimi sağlamakta büyük engel yaratan şey olarak görev yaparlar. Birisinin, sonucunun tatsız ve etkisiz olacağını beklediği bir tedaviye başlaması mantıksızdır. Sosyal anksiyetesi yüksek olan bir kişinin yabancı biriyle kendi gündelik konuları hakkında konuşmaya başlaması olası değildir; çünkü o bu yabancının kendisi ile konuşmak istemediğini, ya da daha kötüsü, onun kendisine saygısızca ve yaralayıcı olacak şekilde bir şey söyleyeceğini sanır. Bununla birlikte, bu tip genelleştirilmiş olumsuz beklentiler baskın olduğunda danışan kişi, kendisinin yanlış olabileceğini de değerlendiremeyebilir. Bu yüzden bilişsel terapinin kritik taraflarından biri buna benzer olumsuz beklentilerin doğruluğunu davranışsal deneylerle test etmektir. Davranışsal deneylere bir örnek Kutu 12.6'da tanımlanmıştır.

TABLO 12.2 Düşünce Kayıtlarının Bir Örneği

OLAY	DUYGUDURUM	DÜŞÜNCE
Kızım bana torunumun ilk doğum günü partisinden bir fotoğrafını gönderir.	Mutlu % 70 Kaygılı % 30	Bu çok heyecanlandırıcı. O biraz bana benziyor. Bir sonraki ay onları ziyaret edeceğim ve torunumu kucaklamak için sabırsızlanıyorum. Umarım onun okulunu bitirip evleneceğini görebilecek kadar uzun yaşarım.
Göğsümde garip bir karıncalanma hissettim	Kaygılı % 60 Öfkeli % 30	Eğer bu tekrar olursa bunun anlamı nedir? Bu benim başıma nasıl gelir, onkoloğum bana ne söylediyse yapmıştım. Kaygılanmadan durmayı ne zaman öğreneceğim?

KUTU 12.6

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE YAŞANANLAR, JOE'NUN KENDİSİNİN SEVİLEN BİR İNSAN OLMADIĞI İNANIŞINA BİR ÖRNEK

Tecrübe	Öz İnanıştan Yükselen Tahmin	Gerçekte Olan Durum
Mağazadaki 10 kasiyere "bütün gün ayakta durmak çok zor olmalı" diyerek konuşma başlatmak	Hiçbiri bana aldırmayacak ya da lakayt bir şekilde karşılık verecek.	İkisi hiçbir şey söylemedi. Dördü az süren bir konuşma başlattılar. Dördü "Çok haklısın" dediler ve gülümsediler.
Sınıftaki altı arkadaşına yaklaşıp onları, kendisi ve diğer üçünün olacağı çalışma grubuna katılmaya davet etmek	Hepsi beni geri çevirecek.	İkisi "Sorduğun için teşekkürler ama zaten bir grubum var." İkisi "Hayır ilgilenmiyorum" ya da "Evim seninkinden çok uzakta" İkisi teklifi kabul etti ve üçlü bir grup oluşturdular.

Geçekçi olmayan düşünce kalıplarının ve davranışların üstesinden gelme işleminde bir danışan başarılı olan kendi tecrübelerini nasıl yaratacağını ve bu tecrübeleri kademeli olarak daha uyumlu düşünce kalıplarına nasıl dönüştüreceğini öğrenir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Şimdiye dek davranışçı terapi ve bilişsel terapiyi birbirinde ayrı iki uzak terapi olarak sunmuş olduk ve onların kendine has kökleri göz önüne alındığında bu sunum uygun ve bilgilendiricidir. Ancak klinik psikoloji yazınının çoğunluğunda bilişsel davranışçı terapi (BDT) terminolojisi sanki bilişsel ve davranışsal terapiler aynı nefeste telaffuz edilmeleri gerekircesine birbirleri ile örtüşür halleri ile karşılaşılır.

Buradaki duruş noktası bilişsel terapinin aslında saf hâliyle uygulanmadığıdır. Bilişsel terapi bilişsele odaklanmış olsa da bilişselliği izole edilmiş bir hâlde ele almaz ancak bunun yerine bilişselliği duygudurum ve davranışlarla bağlantılandırır. Bilişleri işlevsiz ve sorunlu yapan şey onların istenmeyen davranışları yaratması ya da bunların devamına neden olması ve insanları tadını çıkaracakları aktivitelerden, fonksiyonel olmayı genişletecek ve kısıtlılığı ve güçsüzlüğü ortadan kaldıracak şeylerden alıkoymasıdır. Eğer bir genç, hiçbir genç kızın kendisine ilgi göstermeyeceğine inanıyorsa,

asla muhtemel adaylarla yakınlaşmaya çalışmayabilecektir. Buna benzer olarak belki de o hiçbir zaman gerçekten de genç bir bayan tarafından beğenilip beğenilmeyeceğini ve sadece bilişseli değiştirmenin başarı için yeterli olmadığını öğrenemeyecektir. Daha önceki bölümlerde bahsedildiği gibi bilişsel terapinin esas unsuru, danışanların, bazı bilişsel kalıpları ya da beklentileri gerçekte deneyecekleri yeni davranışlarla ve varsayımlarının geçerliğini kontrol etmeleri ile kendilerinin test etmesini sağlamaktır. Bu bilişsel terapi için çok önemli bir başarı olarak kabul edilir. Eğer bu yeni davranışlar pekişirse (ör. depresyonlu ve yalnız bir kişi, bir kulübe katılmanın çok hoş bir şey olduğunu ve bunun yeni arkadaşlıklar geliştirmeyi sağladığını öğrenirse) o zaman bir davranışçı terapi prensibi bilişsel terapiyle entegre olmuş ve bilişsel terapisti tamamlayıcı bir araç hâline gelmiş demektir. Bilişsel terapiden kasıt gerçekte Bilişsel Davranışçı Terapi'dir ki deneyimler sayesinde düşünce kalıplarını değiştirmekle ilgili davranışları birbirine entegre eder. Bu iki terapötik yöntem her ne kadar terminoloji ve tekniklerin farklı tanımlandığı iki değişik teorinin gövdesinden türemiş olsalar dahi sonuç olarak BDT, bu tekniklerin bilişsel terapinin prensiplerinin en iyi derecede kullanımını sağlayan bir kombinasyonudur. Bu nedenle bu iki anahtar sözcüğü BDT olarak birlikte kullanılan bir paket yapmak akla uygundur.

Sonuç olarak bilişsel terapi genellikle davranışçı tekniklerle birlikte kullanılıyor olsa da aynı şey davranışçı terapinin kendisi için geçerli değildir. Davranışçı terapi aslında kendi kara kutu prensiplerine yapışabilmektedir ve olumlu sonuçlara hastanın bilişselini hedef almadan ulaşabilmektedir. Bu açıkça şu örnekte görülür: Pekiştirme ve cezalandırma prensipleri zekâ geriliği olan veya nedene göre davranmayı bilmeyen otistik çocuklarda olduğu gibi kendi kendine zarar veren bireylere yardım eder. Olağan klinik uygulamalarda davranışçı terapi sıklıkla bilişsele doğrudan odaklanmadan nispeten saf hâliyle uygulanır.

Genel olarak çok yüksek derecelerde olumlu etkilerinin olması dolayısıyla popülerliği göz önüne alındığında (Bölüm 13'e bakınız) BDT'yi neyin kendine has ve etkili yaptığına bakmak; zamanı harcamaya değer bir şey olacaktır:

1. Ev ödevi tekniği kullanması ve seansların dışında aktiviteler;
2. Terapistin yüksek oranda yönerge verdiği seansların olması;
3. Hastalar tarafından belirtilerle başa çıkmak için kullanılacak becerilerin öğretilmesi;
4. Hastaların gelecek günlerdeki yaşayacakları tecrübelerin özellikle takip edilmesi;
5. Hastalara, onların tedavileri, rahatsızlıkları ve rahatsızlık belirtileri konusunda bilgi sağlamak;
6. Öze dönük ya da bilişsele odaklanmak.

BİYO GERİ BİLDİRİM, RAHATLAMA VE STRES YÖNETİMİ

Bu kitap boyunca, klinik psikologlarının çalışmalarının, zihinsel ve fiziki sağlık problemlerine ve klinikte tedavi gören veya dışardan tedavisine devam eden hastalara nasıl uygulandığını göstermiş olduk. Daha geniş anlamda, bu yaklaşan bölümde tanımlanan tedavi yöntemleri aynı zamanda davranışçı terapi (ya da BDT) teknikleridir, çünkü onlar büyük oranda öğrenme prensipleri ile alakalıdır.

Bazı klinik psikologlar, ana çalışma yerleri olarak klinik olmayan organizasyonlarda çalışırlar ve bu gibi yerlerin etkililiğini artırmaya, çalışanların yaşam kalitelerini geliştirmeye ve/veya onlara korunma servisleri sağlamaya gayret ederler. Bu tip klinik olmayan ortam-

larda, klinik psikologlar, kendilerini stres altında gören, bunalmış ya da uyum sağlamakta güçlük çeken kişilerle uğraşabilirler. *DSM IV*'te sıralanan kriterlere uyan anksiyete bozukluğu ile klinik depresyonla beliren tükenmişlik duygusu ve ağızlarda sakız olmuş stres kelimesi arasında çizgi çekmek zor olabilir. Açıkça bu araçlar, bu problemlerin hepsi ile başa çıkmak için ya da, daha iyisi, bunların problem hâline dönüşmesini engellemek için gereklidir.

Bunun yanında, daha önce göstermiş olduğumuz gibi, klinik psikologlar, tıbbi problemleri olduğunu söyleyen bireylerle sıklıkla ilgilenmek durumundadırlar ki bu problemlerin içerisinde kuvvetli psikolojik unsurlar vardır. Genel bir bakışla bu rahatsızlıkların arasında kronik ağrı durumları, uyku problemleri, yüksek tansiyon, kronik yorgunluk, doğuştan gelen bağışıklıklarla ilgili rahatsızlıklar ya da bağırsak sistemi sendromu (tabii bu liste uzayıp gider) vardır. Bu klinik uygulamalarda (a) psikopatolojinin ve zayıf duygusallık durumunun olumsuz yönde katkı sağlayıcı, gündelik rol oynaması (Kop, 1999) ya da (b) düşük veya kaygılı duygudurum hallerinin sıklıkla beliren (ki böyle olması doğaldır) belli tıbbi durumlardan kaynaklanması olasılığı vardır. İkincisi kanser, kardiyak rahatsızlıklar ya da HIV-AIDS tanıları vakalarında kesin olarak doğrudur (Poole, Hunt Matheson ve Cox, 2008; Bakınız Bölüm 17).

Yaygın bir kanı vardır ki aile doktorları ofislerinde sunulan rahatsızlıkların çoğunun birincil olarak doğasında psikolojik sorunlar vardır (Rosen ve Wiens, 1980). Hastalardan psikosomatik şikâyetleri konusunda bir aile doktoruna başvuranlardan rastgele seçilmiş olan iki gruptan biri 2 saat kadar kısa bir süre için psikolojik destek terapisi aldı diğer grup ise almadı, sonuçta terapi alanların doktor ziyaretlerinde ve genel olarak sağlık harcamalarında kayda değer bir düşme oldu (Rosen ve Wiens, 1980) ki bu da sağlık hizmetleri masraflarının düşmesi demektir. Genel sağlık hizmetleri yerleşkelerinde klinik psikologlara kesin olarak ihtiyaç vardır.

Duygu, biliş, davranış ve beden sağlığı arasındaki bağlantılar psikosomatik ilaçlar ve sağlık psikolojisi bilim dalları tarafından belirgin bir şekilde ortaya çıkarılmıştır ki her biri bu konuda devasa yazına (çoğu birbiriyle örtüşen) sahiptir (bu konuda ayrıca Bölüm 17'ye bakınız). Ayrıca, yıllık toplantılar organize etmek ve özel bilimsel dergiler ve fikir dergileri yayınlamak gibi (bu yayınlara birçok internet sitesinden ulaşılabilir) psikoloji konularında hizmet veren bu kurumlar arasında (American Psychosomatic Association, Society of Behavioral Medicine vb kardeşçe ortaklıklar vardır. Duygular ve bedensel hastalıklar arasında bir yol vardır ki klinik psikologlar özellikle ilgi gösterirler, bu yol, duygularla sinir sisteminin değişikliği arasındaki yoldur. Bu konuda bolca kanıt vardır:

- Ağrı, duygularla duyu süreçleri arasında gidip gelen iç içe geçmiş kompleks bir psikosomatik süreçtir (Melzack ve Wall, 1989).
- Depresyon, bilişsel, biyolojik ve davranışsal unsurlara sahiptir (Craig ve Dobson, 1995).
- Sıklıkla anksiyete, sempatik sinir sistemi aşırı uyarılmaları ile bağlantı içindedir (Hoehn-Saric ve McLeod, 2000).
- Yüksek tansiyon, merkezi sinir sisteminin sempatik ve parasempatik unsularının arasındaki uyumsuzlukla karakterize edilir (Linden, 1988).

Davranış, duygu ve bilişseli sağlığa bağlayan başka bir yol, daha dolaysız olan sağlık *davranışlarıdır*, ör., *sigarayı bırakmak, düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek* ve ilaçlarını doktorun söylediği gibi düzenli olarak almaktır. Bu sağlık davranışları ve davranışların düzeltilmesine yönelik girişimler

Bölüm 17'de tanımlanmıştır, ancak bununla birlikte, uyarılmayı düşürme ve iyi bir öz-düzenlemeyi kurabilmek için kullanılan yöntemler burada tanımlanmıştır; çünkü bunlar beden sağlığı hizmetleri verilen yerleşkelerde çalışan klinik psikologlar için olmazsa olmaz yöntemlerdir.

Bu yöntemler üç bölümde tanımlanacaktır:

1. İlk olarak, biyo geri bildirim yöntemleri izah edilecektir çünkü bu özel ekipmanların dahil olduğu farklı bir uygulamadır.
2. Sonra, klinik psikologların çok geniş bir hasta yelpazesinde kullanabilecekleri çeşitli otomatik öz düzenleme araçlarının tanımlanmalarına yer verilecektir.
3. Son olarak, tüm bu yöntemlerin stres yönetimi dünyasına nasıl birlikte oturtulacağı daha geniş olarak ele alınacaktır.

Biyo Geri Bildirim

Biyo geri bildirim BDT'nin bir formudur; çünkü öğrenme prensipleri, duyum ve algı sürecinin geribildirime bağlanması ve pekiştirme tekniklerinin dahil olduğu bir işlemdir. Ayrıca beceri gelişiminin dahil olduğu bir işlemdir. Psikolojik fonksiyonların değerlendirilmesi konusunun anlatıldığı 9. Bölüm'de, okuyucu hâlihazırda fayda elde etme sürecinin ve klinik psikologların ilgi gösterdiği insanın fizyolojik fonksiyonlarının ölçümü ve açığa çıkarılması konularına aşina olmuştu. Bunlar özellikle hareketlenmeyi yansıtma, kan dolaşım hızı ve pek çok kas çeşidinin çalışmalarının göstergeleri ile ilgili konulardı. Bir terapist, danışanı ile fizyolojik sinyallerin anlamlarının ne olduğunu paylaşabilir ve

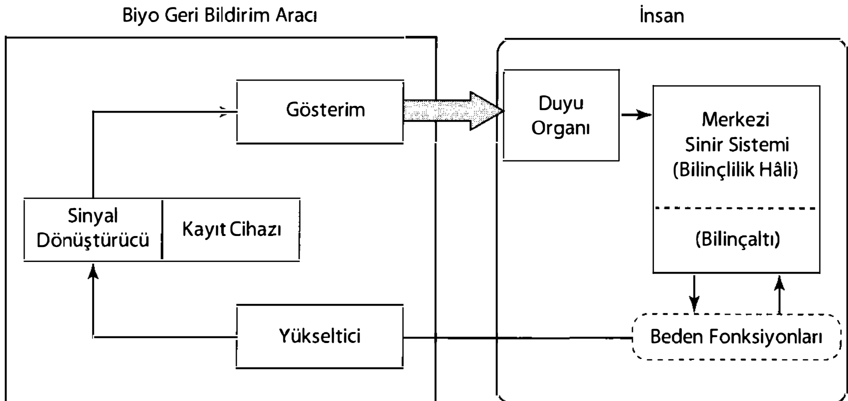


Fotoğraf: Henri Dupond

sinyali değiştirmek için bu bilgiyi kullanmaya danışanı teşvik edebilir, bu bölümde bu işlem, biyo geri bildirim terapisi olarak tanımlanabilir. Ölçmeye karşı tepki gösterme konusunun değerlendirmesi tartışılmıştı ki bizim pozisyonumuz, bu kitap boyunca sunulduğu gibi, ölçmeye karşı tepkinin genel olarak istenmeyen bir şey olduğudur; çünkü tepki nesnel olarak ölçülmek istenen bilgiyi ölçmenin geçerliğine karşı başlıca tehdittir. Yine de tepkinin yapıcı bir şekilde kullanılabileceğine işaret etmiştik, ör., ne kadar sigara içtiğini günlük tutarak takip eden bir kişi, büyük olasılıkla daha az sigara içecektir ki bu sonuç basitçe, o kişinin kaç tane sigara tükettiğinin farkına net bir şekilde varmasından kaynaklanır. Aynısı, danışanların fizyolojik fonksiyonlarının daha kesinlikte farkına vardıkları biyo geri bildirim için de geçerlidir ki biyo geri bildirim işlemi olmasaydı onlar bu fonksiyonların farkına zorlukla varabileceklerdi. Çok sayıda insanın, tipik olarak farkına vardığı fizyolojik fonksiyonlar vardır. Özellikle bu fonksiyonlar ölçülebilir oranda ve hızlı bir şekilde olanlardır. Bu, özellikle, solunum oranı ve derinliği, kalp atış sayısı ve kasların gerginliğinin azlığı ya da yüksek şeker oranı olduğunda doğrudur. Sıkça karşıt görüşler olsa da, danışanlar aslında kan basınçlarının değişimini anlamakta çok iyi değildirler ve insanlar kan lipitleri gibi bedensel fonksiyonlarının değişimlerini ya da stres hormonlarının sonuçlarının arttığını duyumsayamazlar. Bu nedenle biyo geri bildirimin en temel prensibi, biyolojik fonksiyonlardaki net değişimler konusunda farkında olmaya özellikle dikkat etmediklerinde, danışanlara, kendilerindeki değişimleri göstererek onları bu değişimleri görmeye teşvik etmektir. Bu işlem içsel algı olarak adlandırılır (Şekil 12.4).

Uygulamalar açısından biyo geri bildirim sıklıkla şu iki değişik fonksiyondan biri için kullanılır:

1. Bireylerin genel anlamda bir rahatlama olanağına kavuşmasına yardım etmek için, ör., bir anksiyete bozukluğu olan hastada oluşan yüksek uyarılmanın düşürülmesi gibi.
2. Bir danışana, belli başlı öz düzenleme işlemlerinden olan biyolojik fonksiyonların neler olduğunu tekrar baştan öğrenmesi ve bu konuda kontrolünü artırmasına yardım etmek için. Bu idrar kaçırma vakalarında pelvik kaslarının kontrolünün ya da kan dolaşımının yetersizliğinden meydana gelen kronik el ve ayak soğukluğu (Raynaud hastalığı) konularının öğretilmesinde kullanılır.



ŞEKIL 12.4 Biyo geri bildirimin şematik gösterimi

Eğitim Süreci

Biyo geri bildirim bilgilerinin etkisi nasıl kullanıldığına göre değişir. Biyo geri bildirim fizik terapisi ile birlikte kullanıldığında biyo geri bildirim destekli rehabilitasyon olur. Biyo geri bildirim rahatlatma-gevşeme eğitimi ile birlikte kullanıldığında biyo geri bildirim destekli rahatlatma-gevşeme hâline gelir. Temel formu pahâli ekipmanlar gerektirmez. Yeni bir koşucu en yüksek kalp atış sayısını ve normale dönüş zamanını, nabzını tutarak bir saat yardımıyla nabız sayısını hesaplayıp değişimleri öğrenebilir. Ayrıca biyo geri bildirim, bedeninin değişimlerinin daha çok farkında olması için bireyin becerilerini güçlendirmektir, bunun adı doğal içsel algıdır. Bu prensip sık sık epilepsi atakları geçiren hastalara beyinlerindeki elektrik hareketlerini duyumsamalarının öğretilmesinde kullanılmıştır ve böylece bu bilgi gevşemeyi sağlamakta ya da gelebilecek olan bir felç geçirme durumunu önlemek için diğer dengeleyici stratejileri adapte etmekte etkili bir şekilde kullanılmıştır (Lubar ve Bahler, 1976).

Rahatlama ya da Öz Düzenleme Yöntemleri

Değişik uyarılma düşürücü stratejilerinin mantığını ve yararlarını burada uzun uzadıya tanımlamak gerekli olmayabilir. Çünkü değişik yöntemler arasındaki farklılıklar ve benzerlikler başka kaynaklarda çok geniş bir şekilde ele alınmıştır (Lehrer, Woolfolk ve Sime, 2007; Linden, 1990; Vaitl ve Petermann, 2000). Dahası bu bölümün daha sonraki kısımlarında okuyucunun görebileceği gibi yöntemlerin sonuçları arasında birbirinden farklı olmaktan çok benzerlikler vardır, buna rağmen özgül tekniklerin uygulayıcıları tahmin edileceği gibi kendi favori yöntemlerinin farklılıklarını ve eşsiz olduklarını vurgularlar. Uyarılmayı düşürme yöntemlerinin öncelikli amacı sempatik sitemdeki aşırı uyarılmayı fark etmelerinde insanlara yardımcı olmak, onlara bu tip uyarılmaların düşük seviyede tutulması için teknikler sunmak ve sempatik ve parasempatik sistem arasındaki dengeyi yakalamaktır (Linden ve ark., 2007; Lehrer, Woolfolk ve Sime, 2007). Tekniği öğretmeye ek olarak, birçok rahatlatma-gevşeme yöntemlerinin uygulamacıları [özellikle oto-hipnozun bir çeşidi olan meditasyon ve içsel (kendine yönelik) eğitim uygulamacıları], tecrübeli rahatlatma-gevşeme uygulamacıları, gerçek ortamlardaki stresli durumlarda; gerçek ile hayalde canlandırılan hâlinin farklı olduğu ve yansıtılmış bir görünümünün benimsendiğini vurgulamaktadırlar (Linden, 1990; Kutu 12.7'ye bakınız).

Okuyucular, çok çeşitli öz düzenleme yöntemlerini öğrenmeye çalışırlarken, onların mantıklarındaki ve tekniklerindeki değişikliklerin yanında birçok benzerliklerin de olduğunu far kederler (Benson, 1975). Benson (1975) uyarılmayı düşürücü stratejilerin (ör. odaklanmak için bir araç, dışsal bir uyaranın devre dışı bırakılması, rahatlatıcı vücut pozisyonu, kendisine odaklanmak için algıya yol açması) ortak özelliklerinin çok yararlı olduğunu öne sürerler.

Uyarımı düşürücü stratejiler, sadece pasif fiziki hareketsizlikten çok daha başarılı olsa dahi özgül uygulamalar için başvurulan belirli stratejilerin ideal eşleştirmesi ve/veya yararlarının farklılıklarını göstermek oldukça zor olan bir şeydir. Benson'ın (1975) stratejisi, tüm uyarılmayı düşürücü uygulamaların, yararların önemli bir kısmını sağlayan kritik özellikleri paylaştığıdır. Bu özellikler şunlardan oluşur: mantığın sağlanması, kendine odaklanmanın yolunun açılması, uyarıcı unsurun azaltıldığı ortamda zaman geçirmek ve bir araç kullanarak kişinin ilgisinin odaklanmasını sağlamak. Yöntemler en çok ilginin odaklanması için kullanılan araç tiplerinde değişiklik gösterir, bu meditasyonda "matradır", kasların kademeli olarak gevşetilmesinde net bir şekilde yapılandırılmış ve sıralı gerip-bırakmak şeklindeki adımlarla çeşitli kas grupları için yapılan uygulamadır, biyo geri bildirimde fizyolojik gözlemin olanaklı-

lığı ve kişinin fonksiyonlarının ekrana getirilmesidir ve içsel (kendine yönelik) eğitimde belirli fizyolojik değişimlerin tavsiye edildiği formülleri uygulamak için yapılandırılmış sıralı girişimlerdir. Bu rahatlatma-gevşeme tekniklerinin ortak hedefleri elektroansefalogram düzeneklerinde yön değiştirmekle birlikte bir rahatlama sağlamak (ör. alfa aktivitelerinin hakimiyetini yükseltir), kas gerginliğinin ve kan basıncını azaltan ve nefes alma sıklığını eşzamanlı olarak daha çok havayı içe çekme ve dışarı salmak suretiyle azaltan uygulamalar üretmektir. Fiziki uyarılmanın düşürülmesinin yanında bu teknikler büyük olasılıkla öznel uyarılmada değişimleri beraberinde getirir, eşzamanlı oldukları göz önüne alındığında bu durum araştırmacılar için biyolojik ve psikolojik değişimleri ayrı ayrı ölçmeye ve rapor etmeye kayda değer bir şeydir. Uyarıcı düşürme yöntemlerinden biri de farkındalık temelli stres düşürücü, popülerliği çok hızlı artan bir tekniktir (Grossman, Niemann, Schmidt ve Walach, 2004; Kabat-Zinn, 2003). Kökenlerinden bir kısmının Güney Asya bölgelerinde uygulaması yapılan meditasyona dayanmasına rağmen bu metot geleneksel meditasyon ile karıştırılmamalıdır. Transendental meditasyon olarak tanımlanan pasif kabul edişin tersine farkındalık temelli meditasyon keskin zekâlı uyanışa ulaşmaya ve kişinin kendi davranışlarını ve çevresi ile etkileşimlerini yargılamadan görebilmeye ve kabul edebilmeye odaklanır (Kabat-Zinn, 2003). Diğer uyarıcı düşürme yöntemleri ile karşılaştırma anlamında farkındalık temelli meditasyonu tartışmanın olası problemi bu tekniğin çok bileşenli olmasıdır. Bu teknik, birleştirici ve tek bir teknik olmaktan daha çok geçit görevi gören aracı bir programdır. Farkındalık temelli meditasyon hakkında daha çok ayrıntı, Bölüm 14'te sunulmaktadır (Tablo 12.3).

Özet

Biyo geri bildirim ve öz düzenleme eğitimlerinin diğer formları birçok avantajlara sahiptir. Çok kolay bir şekilde standartize edilebilirler ve bu nedenle onlar özellikle terapi getirileri hakkındaki araştırmalara dahil olabilirler. Ekipman gerektirmeyen öz düzenleme yöntemleri çok ekonomik olacak şekilde gruplara da öğretilebilir. Daha önce tanımlandığı gibi uygulamaların çeşitliliği oldukça geniştir çünkü uyarıcı-düşürme, farklı psikolojik terapilerin hedefidir. Buna ek olarak, öz düzenleme teknikleri mükemmel yardımcılardır ya da anksiyete kliniklerinde, ağrı kliniklerinde ve kanser hastalarında, uyku bozukluğu kliniklerinde ve kardiyak rehabilitasyon merkezlerinde tipik olarak kullanılan

TABLO 12.3 Rahatlatma-Gevşeme Yöntemlerinin Karşılaştırması

TEKNİKLER	TERAPİSTİN ROLÜ	DEĞİŞİM VASITASI
İçsel eğitim	Terapist talimatlar verir ve yol gösterir, öz kontrole yöneltir	Organ özgül değişimlerini imgeleme
Biyo geri bildirim	Terapist yönerge, talimatlar ve yol gösterme sağlar. Danışan sürecin bir bölümünü yönetir.	Biyolojik geri bildirim ve sistematik davranış ya da bilişsel aktivite ile kontrolü elde etmek.
Hipnoz	Terapist süreci kontrol eder. Danışan alıcıdır.	Terapist telkinleri
Meditasyon	Terapist talimatlar verir ve yol gösterir. Danışan süreci kontrol eder.	Özel bir anlam taşımayan hecelemelerin tekrarının imgelenmesi
Dereceli olarak adalelerin çalıştırılması	Terapist talimatlar verir ve yol gösterir. Danışan talimatları takip eder.	Belirli bir kas grubunun sistematik olarak gerdirilmesi ve gevşetilmesi

KUTU 12.7

OTO HİPNOZUN ETKİLERİ

Yıllar önce yazarlardan biri (WL) sadece belli bir bölgenin (lokal) anestezi edilmesi gerektiği küçük bir ameliyat geçirmek durumunda kaldı. Anesteziyi yaptıktan sonra cerrah, WL'ye "Başka bir hastaya bakmam lazım, 10 dakika sonra ameliyat için geri geleceğim. Zaten anestezinin etkisini göstermesi için biraz zaman lazım, sen burada rahatça bekle." dedi. WL odada yalnız başınayken, ayağa kalkmaması gerektiği için ve yapacak başka bir şey olmamasından dolayı sıkı bir içsel (kendine yönelik) eğitim uygulaması yapmaya karar verdi. İyi ki ameliyat olacağı için çok fazla endişeli değildi, böylece o yapması gerekenlere çok çabuk odaklanabildi. WL, cerrahın geri döndüğünü ve ameliyatı bitirdiğini hayal meyal hatırlayabildi (ki ameliyat en fazla 5 dakika sürmüştü). Cerrah işini tamamıyla bitirmiş olduğunda WL'ye nazikçe dokundu ve ona ameliyatın bittiğini söyledi. WL yavaş yavaş kalktı. WL'nin tekrar uyanık bir hâl aldığını gördüğünde cerrah ona meraklı bir şekilde baktı ve şöyle dedi: "Nerelerdeydin? Çok uzaklarda gibiydin ve diğer hastalar gibi değildin, ameliyat sırasında çok sakin ve bir nevi hiç oralı olmadan duruyordun." WL cerraha boş kaldığında yaptığı şeyi anlattı ve cerrah onu merakla dinledi. WL, yaptığı içsel (kendine yönelik) egzersizin etkisinin, kendisinin ne yaptığı konusunda hiçbir fikri olmayan başka biri tarafından fark edilmesi oldukça sürpriz olmuştu. Onun için içsel egzersiz oto hipnozun etkisinin hafif ancak güçlü bir gösterimi idi.

çoklu disiplinli veya çok bileşenli tedavi paketlerinin unsurlarındandır (Lehrer, Woo folk ve Sime, 2007; VanDixhoorn ve White, 2005). Özellikle ekipmana ihtiyaç duyulan öz düzenleme tedavilerinin olası bir sakıncası, hastaların terapistin ofisinde ekipmanları nasıl kullanacaklarını çok iyi öğrenmeleri ve işlevselliklerini geliştirmeleri ancak daha sonra bu öğrenmiş olduklarını kendi gündelik hayatlarına transfer etmekte zorluluklar çekmeleridir.

Stres Yönetimi

"Stres yönetimi" terimi öyle sıklıkla kullanılır ki görünüşte herkes bunun ne olduğunu içgüdüsel olarak biliyor gibidir. Ne yazık ki farklı araştırmacılar bu terime sayıca çok yüksek denilebilecek bir çeşitlilikte değişik anlamlar yüklemişlerdir, bu yüzden kafa karışıklığına yol açmaktadır (Linden, 2005; Ong, Linden ve Young, 2004). Stres yönetimi tipik olarak tekniklerin alaşımı olarak uygulanır, alaşımın unsurlarının çoğu üstünkörü öğretilir. Araştırmacılar stres yönetiminin işlemsel tanımının ne olduğu konusunda sıklıkla çatışmaya düşerler, bu yüzden bu durum, araştırmaların birbirleri ile hangisinin daha etkili olduğuna dair karşılaştırılmasını zorlaştırır (Ong, Linden ve Young, 2004). Ong ve arkadaşları stres yönetiminin bir değerlendirmesini yaptılar ve onlar stres yönetiminin uygulamalarının en çok sağlık problemleri (örnek çalışmalarının % 40'ı), işyeri uygulamaları (% 22), öğrencilerin problemleri (% 16), spor faaliyetleri (% 3), psikiyatrik problemeler (% 3) ve diğer problemler (% 16) için araştırıldığını rapor ettiler. "Diğer problemler" kategorisinin içinde yaşlı insanların eşleri, sıkı bir tıbbi tedavi altına girmiş olan hastalar, düşük sosyal olanaklara sahip olan bireyler ve/veya problem çözme becerileri zayıf olan insanlar hakkında araştırmalar vardı. Tedavi protokolleri çok çeşitli olmasına karşın

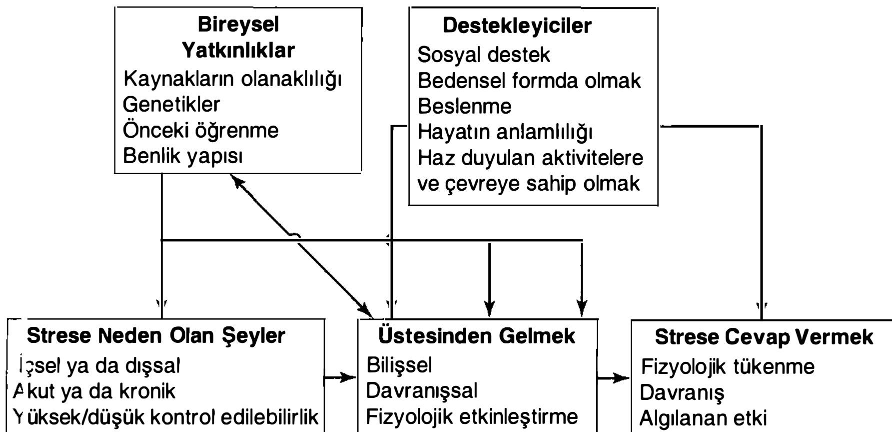
yazaılar stres yönetimi programının bir modelini tanımlamıştır, bu model şu şekilde karakterize edilir:

1. Grup tedavisi formatı tercih ediliyor (araştırmaların % 59'u sadece gruplardı, % 18'i grup ve birey seanslarının ortak kullanımıydı)
2. Bir sıra değişik tekniğin öğretilmesi (6 ile 8 teknik arasında)
3. Tipik bir tedavi 6 seans sürüyor, seansların ortalaması 1.5 saattir.

Teorik yaklaşımlarda kullanımına göre stres yönetiminin sınıflandırması yapılmaya çalışılırsa şunlar söylenebilir: uygulamaların % 77'si bilişsel davranışçı terapi niteliklerinden biri gibi kullanılıyor, % 85'inde rahatlatma-gevşemenin bir biçimi öğretiliyor, % 15'i en azından bir tane biyo geri bildirim biçimi kullanıyor, % 10'u bir sistemin ürünü olarak sınıflandırılıyor ve % 6'sının sınıflandırılması mümkün değil. Uygulamalar arasında benzerlikler olmasına rağmen Ong ve arkadaşları (2004) tedavi tanımlarının sıklıkla belirsiz olduğunu ve başka bir araştırmacı tarafından tekrarlanabilirliğinin zor olduğunu rapor ettiler. Özellikle kafa karıştırıcı olan şeyler belirli bir tekniğin tanımının nasıl yapıldığı ve nasıl etiketlendiğiydi, ör., (a) yakından incelenmesi durumunda aslında birbirlerine benzediği görülen tekniklerin çalışmalar boyunca sanki çeşitli teknikler gibi görünmesi, (b) bazı tekniklerin tanımlarının çok belirsiz olması dolayısıyla bir anlam yoksunluğu içinde olunması, (c) kategorilerin seviyelerinin sıklıkla kafa karıştırıcı olması. Bu gözlemler aşağıda ayrıntıları ile yer almaktadır.

Stres Sürecinin Bir Modeli: Başlıca Unsurlar ve Değişkenlerin Ilımlaştırılması

Stresin ve stresle başa çıkmanın fizyolojisi ve psikolojisi hakkında yapılan temel araştırmalardan toplanan bilgiler, üç basit unsuru-(a) strese neden olan şey, (b) ilk tepki (ya da ilk başa çıkma tutumu) ve başarısız olma, (c) fiziki stresin uzaması – tanımlayan çok adımlı, sıralı yaklaşım modeline bizi yönlendirmektedir. Süreçteki bütün adımlar, bilinen yatkınlıklar ve birlikte var olan destekleyicilerden etkilenmektedir.



ŞEKİL 12.5 Bir stres süreci modeli

"Destekleyiciler" terimi, çevresel ya da kişilik özelliklerini tanımlamak için kullanılırdı ki bunlar var olduklarında, bir bireyi aşırı akut uyarılmaya karşı korudukları ve düzelmeyi sağladıkları ortaya çıkarılmıştır. Bu özelliklerin bazısı (ör. bedenen formda olmak) aracı göreviyle "stres hastalığı yolunda" hizmet verebilirken, terim olarak burada "destekleyici" tercih edildi ve kullanıldı çünkü gerçekten bir aracı olduğuna dair daha zoraki kanıtlara ihtiyaç yok, diğer taraftan, "destekleyici" tanımlamasını kullanmak onun aracı fonksiyonunu sürdürmesine mani değildir.

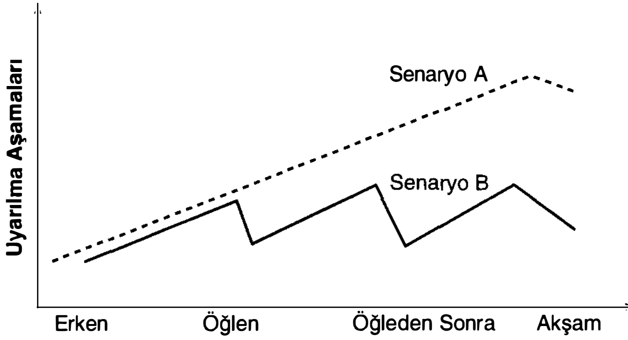
Model stresin sıralı sürecini netleştirmeyi dener, şöyle ki, strese neden olan şeyleri ilk tepkilerden (başa çıkma girişimleri) ve ardından gelen stres tepkilerinden (bunun ayrımı zorunlu değildir) ayırır. Birey yatkınlıkları, strese neden olan şeylerle ilişkili, onlara katkı sağlar ve/veya onları şekillendirir gibi görünür. Ör. yüksek gelirli insanlar strese neden olan şeyler üzerinde daha çok kontrole, geniş bir yelpazede stresle başa çıkma opsiyonlarına sahiptirler ve potansiyel olarak daha az stres tepkileri geliştirirler (Gallo ve Mathews, 2003). Düşük sosyo ekonomik statünün eşlik ettiği sınırlı kaynakların olumsuz etkileri psikolojik zorlukların ardı sıra gelmesi ile daha kötü olur ki bu durum iş yaşamındaki zorluklar ve destek bulmanın azlığı ile ayırt edilir (Steptoe ve Mormot, 2003).

Tekniklerin kendileri anlamlı bir şekilde dört kategoride organize edilebilir: (a) sistemler ve çevresel düzenlemeler (ör. strese neden olan şeylere müdahaleler yapılması), (b) başa çıkma yollarının eğitimleri, (c) destekleyicilerin olması (sosyal destek gibi) ve (d) uyarımı düşürücü teknikler. Kullanılan tipik tekniklerin çoğu kulağa mantıklı gelir ve bunlar temel araştırmaların sonuçlarına dayanır, birçok kontrollü klinik muayene sonuçlarına göre kliniksel olarak yararın edinildiğine dair genel bir destekleyici kanıt vardır. Olayların farkına varılması ve manipülasyonu, bir stres yönetimi programında ilk mantıklı aktivitelerdir ve bunlar stres yönetimi ile alakalı olarak öncelikli önleme unsurlarını temsil ederler. İletişimi sağlamak için araştırmacılar ve uygulamacılar stres yönetiminin bu dört kategorisinin ayrımını yapmalıdırlar ve hangisinin tedavi protokolünün içine inşa edildiğini net bir şekilde tanımlamalıdırlar.

Bütüne bakıldığında, kontrol edilmiş stres manipülasyonları ve sistematik değişimler hakkındaki araştırmalar yazının kimsesiz çocuklarıdır –terk edilmiş çocuk gibi onlara çok az ve hiç de iyi yapılandırılmamış ilgi gösterilmiştir. Şunu not etmek gerekir ki Avrupalı araştırmacılar bu konuyu, stresi yönetme gereksinimini bireysel bir sorumluluk olarak görme eğilimindeki Kuzey Amerikalı araştırmacılardan daha çok bir sosyal sorun olarak görürler. En gelişmiş olanı iş yaşamı stresi alanıdır ki büyük olasılıkla diğer uygulamalardan ziyade organizasyonel konularla uğraşır (ör. strese neden olan çevre), ancak burada bile sistematik değişimler sık sık talep edilir, öte yandan bunlara dair çok az sayıda araştırma ve vaka örneği vardır. Kişiler arası ilişkilerdeki zorlanmayı anlayabilmek ve bu zorlanmayı en aza indirgemek anlamına gelen sosyal beceri artırma konusu az gelişmiştir ve bu boşluk özellikle önemlidir çünkü Linden (2005) tarafından aktarılan araştırma, kişiler arası ilişkilerden doğan stresin sinsi, inatçı ve kurtulması zor olan bir şey olduğunu belirlemiştir.

Stres yönetimi hakkındaki bu söylemin ve onun teorik ve pratik kökenlerinin bir sonucu olarak Linden (2005) şu tanımı önermiştir:

> Stres yönetimi, hem stresi azaltmak ve bu konuda beceri geliştirmek için hem de zor zamanlarda bile yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmak için hayatımızı gözden geçirmek, organize etmek ve şekillendirmeye yarayan bir grup hâlindeki kısmen somut tekniklerdir. Bu iki öz nitelik stres yönetiminin kolay anlaşılır ve basit tanımlamasını oluşturmaz, bunun yerine, daha anlamlı olarak bu nitelikler, insanların nasıl birbirleriyle etkileşime girdiğini ve nasıl çevrelerini yapılandırdıklarını yansıtan stresin geniş bir anlamını kapsar ve stres yönetiminin hem önleyici olduğunu hem de doğasında reaktif olduğunu kabul eder.



ŞEKIL 12.6 İki günün şeması: Birisi hiç durmadan devam eden süreç ve diğeri iyileşme etkilerinin sağlandığı kırılmalar ile giden süreç

İyileşme safhalarının olduğu yaşam stilleri (akşamları ve hafta sonları dinlenmek gibi) vardiyalı çalışanlar ve çok az tatil yapan (belki de hiç tatile çıkmayan) serbest meslek sahipleri arasında dağıtıldı. Bu iyileşme safhaları boyunca insanlar bir hafta sonu sayfiye evi gibi veya çok konforlu bir oturma odası gibi insanı yenileyen ortamlarda kalabilirler ya da onlar kitap okuyabilir, müzik dinleyebilir, arkadaşları ile vakit geçirebilir veya köpeklerini dolaştırmaya çıkarabilirlerdi. İyileştirme stratejilerinin sistematik olarak bir günün nasıl planlanacağına ilişkin şematik gösterim Şekil 12.6'da verilmiştir, şekilde, sürekli olarak stresin yükseldiği tipik bir gün ve uyarılma kesintisiz bir çizgi olarak gösteriliyor ve öte yandan daha iyi planlanmış bir gün (stres yönetiminin ve zaman planlamasının hedefi de budur) ikinci çizgide zigzag çizen bir yol izlediği şekli ile sunulmuştur.

Noktalı çizgi sabit bir talepkarlığın olduğu bir günü gösterir, bu günde hiçbir iyileşme arası yoktur ve dolayısıyla stresi ya da aşırı uyarılmayı yükseltir (senaryo A), kesintisiz çizgi aynı oranda talepkarlık içerir (ör. aşırı uyarılmaya neden olan şeylerin toplamı). Ancak iyileşme araları olduğu için günün sonundaki uyarılma aşaması senaryo B'de çok daha düşüktür. Bu şekil, iyileşme safhalarının önemliliğini işaret eden çok basit bir gösterimdir. "Stres yönetimini alanlara" gösterildiğinde, onların, iyileşme aralarının faydalarına inanmalarını sağlamalarına yardımcı olabilir (Linden, 2005).

Özet

Her şey hesaba katılırsa, çeşitli stres yönetimi tekniklerinin arkasında yatan gerekçeler stresin nasıl hastalığa neden olduğunu çok iyi bir şekilde haritalandırır. En basit dizaynlar ve fizyolojik yolların bilinmesi için onlara en yakından eşlik eden tekniklerin mantıki temelleri, uyarımı düşürücü stratejiler kategorisinde bulunabilir. Sorunların üstesinden gelme konusu, stres yönetimi için çok önemli olarak kabul edilse dahi, çok geniş ve en azından terminolojinin yanlış tanımlamalarının sonucu bir o kadar da sonuca varmayan bir konudur (Skinner, Edge, Altman ve Sherwood, 2003). Başa çıkma yollarına uyum sağlamak; "duruma göre davranış" gerektiren yöntem olarak bireyin stratejilerini ayarlaması zorunluluğunu beraberinde getirir.

Bu yüzden bu tip başa çıkma yöntemleri grup ortamlarına hemen uyarlanamaz ve stres yönetimi yaklaşımlarında standart bir hâlde kullanılmaz. Sistematik tedavi uygulamalarının gerekçeleri bazen çok iyi geliştirilse de özellikle organizasyonel davranış yazınında, uygulanmak istenen sistematik tedavi yöntemleri, hâlâ sosyal politikaların veya sosyal sistemin değişmesinin gerekliliği yerine bireyin sorumluluk alması konusuna çok fazla vurgu yapmaktadır (Newton, 1995).

Stres yönetiminin farklı yaklaşımlarını daha çok kıyaslayabilmek için Linden (2005) stres yönetimi yaklaşımlarının yeni bir sınıflandırma sistemini ortaya attı. Bu sistemin kategorileri ve özlerindeki nitelikler (ve noksanlıklar) şöyledir:

1. **Öncelikli Sistematik Stres Önleme:** Bu adlandırma, amaçlarına sistem ve politika değişimleri ile ulaşan stres yönetiminin öncelikli önleme tipine tam olarak uygundur. Bu değişiklikler olasıdır ki bireylerin yol açmaları ile başladı ancak genel olarak politikacılar, yöneticiler ya da müdürler tarafından yapıldı ve işyerlerini ve geniş manada tüm toplumu etkiledi. Bu değişikliklere örnek olarak, toplumsal güvenliği artırmak için, cinsiyet, ırk, din ve cinsel tercih tacizlerini en aza indirgemek için ya da iş güvenliğinin devamını sağlamak için yürütülen devlet programları ya da yoksulluğu azaltan politikalar gösterilebilir. Bu tip uygulamalar klinik psikologların her günkü tipik çalışmalarının bir örneği olmasa bile, sistematik önleyici aktivitelerin bakış açısı, sosyal vicdanın ve sağlık çalışanlarının haklarının artırılmasının geliştirilmek istenmesi adına birçok karar verme organlarındaki, psikologların etik yönetmeliklerinde talimat altına alınmıştır.

2. **Koruyucu, Beceri öğrenme Stres Yönetimi:** Bu ifade, bir koruyucu ve akut stresin, illa ki ilk teşhisine tepki gerektirmeyen beceri öğrenme temelli yaklaşımı anlatır. Kılavuz ve standardize edilmiş bir program gibi önerilebilir çünkü bireyleri sadece bazı parçaları önceden tahmin edilebilecek olan geleceğe dair çok çeşitli stres kaynaklarına karşı hazırlaması gerekir. Bireylere esnek bir alet kutusu sunar ve nalbur dükkanlarından alınan "yeni başlayanlar için ev tamiri alet takımı"nın psikolojik versiyonu gibidir. Bazı daraltılmış hedeflere aynı çevreyi paylaşan kişilerin bir araya toplanması ile ulaşılabilir, ör. bir şirketin tüm çalışanları veya belli bir üniversiteye ilk kez başlayan öğrenciler gibi. Diğer yandan eğer katılımcılar değişik alanlardan geliyorsa ve yaşlarında da farklılıklar varsa, o zaman daha geniş ve çoklu tekniklerin kullanıldığı bu yaklaşım en iyisi olabilir.

Çoklu teknikleri kapsayan tedavi uygulamaları protokolleri "çifteli tüfek" ya da "bahçe hortumu" gibi yergi içeren tanımlamalar yapılmıştır, ancak, niteliklerinde bir önleyici amaç olduğundan, bu, uygulamalarda çoklu tekniklerin öğretilmesini haklı çıkarmaktadır. Eğer uygulamanın öğrencileri özgül bir problemle gelmiyorlarsa (ör. bir şeye tepki göstermeye kalkmak gibi) o zaman belirsiz olan gelecek için hazır bulundurulması gereken araçlarda olduğu gibi, geniş bir deponun edinilmesi istenilir bir şey olacaktır. Bu yaklaşımın bir benzeri, sağlık uzmanlarının altı olası grip, türünden hangi tür gribin bir sonraki grip yayılımında daha çok görüleceğini söyleyemeseler dahi, çok çeşitli türlere sahip olan gribe karşı önceden aşı vurmaktır. Benzer olarak tüm psikolojik ya da duygusal zorluklar önceden kestirilemez. Değişimlere hazır olmak için çok farklı araçlara sahip olmakta yarar görebiliriz.

3. **Reaktif, Problem Çözümlü Stres Yönetimi:** Üçüncü tip yaklaşım, bilinen ve hâlihazırda var olan bir probleme tepki göstermektir. Ör., önceden bilinen ve strese neden olan bir şirketteki toplu işten çıkarılmalarda; göğüs kanseri sonuçlarının pozitif çıkmasının ardından uzun sürecek olan ürkütücü bir tedavi programında; çalışma ortamının düşmanlıklarla dolu olduğu bir durumda; alzheimer hastalarının bakıcılarının karşılaştığı zorluklarda. Bu yaklaşım tedavi uygulamalarının tetikleyici durumlara göre ayarlanmasını gerektirir ve büyük olasılıkla en etkili olduğu zamanlar katılımcının tercihlerine ve bireysel durumuna iz düştüğündedir. Kendisine yardım eden bir eşi olan bir kalp ya da kanser hastasının

ilave bir desteğe ya da bundan gelecek yarara bile ihtiyacı olmayabilir ancak hastalığı hakkındaki belli korkularını, belirtiler ve uyarı işaretleri hakkındaki doğru bilgiler ve riski düşürmeye yarayan tavsiyeler ile bastırmak isteyebilir. Bununla beraber klinik vaka deneyimlerinin ve hem niteliksel hem de niceliksel araştırmaların kombinasyonu ile sık sık karşılaşılan ve tipik olan stres faktörlerini ve bu faktörlerin niteliklerini belirlemede kullanılabilir, buna ek olarak bu bilgiler tedavi gerekçeleri ve tekniklerinin seçiminde değerlendirilebilir (Linden, 2005).

DUYGU ODAKLI TERAPİ

Psikoterapinin her yeni bir formunun doğuşunda sıklıkla görüldüğü gibi, tedavinin yeni bir formu için ihtiyaç duyulan şey, var olan terapilerin yetersiz kalmasından kaynaklanan dürtüdür. Greenberg'in (2002) terapide duygulara odaklanma kararı, duyguların kendimizi iyi hissetmemizde kritik rol oynamalarına ve günlük kararlarımızda bize çok yararlı olmalarına rağmen davranışçı ve analitik uygulamalardaki diğer popüler terapilerin görünürde duygulara nispeten daha az ilgi göstermelerine bir tepki olarak değerlendirilebilir. Duygu odaklı terapi, kökenlerini, bağlanma teorilerindeki araştırmalardan, duygu süreci hakkındaki temel araştırmalardan ve sıkıntılı ilişkilerdeki etkileşim örgüleri hakkındaki çalışmalardan alır. Bu nedenle, duygu odaklı terapinin öncelikli uygulamalarının ve odağının evlilik problemlerinin çözümlenmesi için bir bileşik eş terapi formatını kullanması şaşırtıcı olmamalıdır. Bu terapi, eşlere duyguların nasıl geliştiği ve bu duyguların birbirlerini nasıl izlediklerini ve ilişkileri sırasında karşılıklı olarak nasıl birbirlerini etkilediklerini anlamalarında yardım ederek sıkıntıların azaltılabileceğini veya sıkıntıların doğmadan önlenebileceğini varsayar. Bunu sağlamak için duygusal bakımdan odaklanmış hâlde olan eşler üç kısımdan oluşan dokuz basamaklı bir çizelgede belirtilen adımları sırası ile izlerler (Johnson, Hunsley, Greenberg ve Schindler, 1999):

1. Yükselme döngüsü
2. Etkileşimsel konumları değiştirmek
3. Sağlamlaştırma ve entegrasyon

Tüm dokuz adımla birlikte modelin daha ayrıntılı tanımlaması Kutu 12.8'de sunulmuştur.

Duygusal olarak odaklanmış eşler terapisindeki oldukça tipik bir senaryo bir eşin geri çekilmesi ve temkinli davranmasıdır ki bu durum sıklıkla diğer eş tarafından bir kişisel reddediş olarak yorumlanır. Eşlerden biri ne kadar reddedici bir durumda olursa diğeri daha çok açılmak ve yakınlaşmak çağrısında bulunur ve böylece onun duygularını daha çok tehdit eder, sonuç olarak bu daha çok geri çekilmeye neden olur (Gottman ve Notarius, 2000). Bu yüzden terapist, eşteki tehlike duygusunun sebeplerinin üzerindeki örtüyü kaldırmak için girişimde bulunur ve süreçte daha aktif bir duygusal sorumluluk alması için kademeli olarak onun hislerini açığa vurmasını sağlamaya çalışır. Eş zamanlı olarak, terapistin her iki eşin birbirlerinin duygusal ihtiyaçlarını daha kolay karşılamalarını sağlamak için diğer eşin bağlanma ihtiyaçlarını daha derin bir şekilde anlaması da gereklidir. Değişim sürecindeki ilk adım danışanın farkındalığını artırmak ve onun kendi duygularını kabullenmesini sağlamaktır. Düzenleme safhasında, danışan bu duygulara hoşgörü göstermeyi ve kendi kendine zarar veren, günlük yaşantısını ciddi bir şekilde bozan davranışlarını kontrol altına

KUTU 12.8

DUYGUSAL OLARAK ODAKLANMIŞ EŞLERİN TERAPİSİNDE ADIMLAR

Aşama A: *Azaltma döngüsü*

1.Adım: Değerlendirme; bir ortaklık kurmak ve bağlanma perspektifini kullanarak eşlerin içinde bulundukları anlaşmazlıkları ayrıntılı bir şekilde açıklamak.

2.Adım: Problemli etkileşim döngüsünü tanımlamak ki bu döngü bağlanmadaki güvensizliğe ve strese neden olmaktadır.

3.Adım: Henüz itiraf edilmemiş, etkileşimin altında yatan duygulara ulaşmak.

4.Adım: Döngüye göre problemin çerçevesini, altta yatan duyguları ve bağlanma ihtiyaçlarını tekrar belirleme.

Aşama B: *Etkileşimsel Konumları Değiştirmek*

5.Adım: Benliğin reddedilen ihtiyaçları ve durumları ile tanımlanmasını ve bunların ilişkiye dahil edilmesini sağlamak.

6.Adım: Eşlerin, yeni tepkilerinin oluştuğu ilişkideki tecrübelerinin yeni yapılanmalarını kabullenmesini desteklemek.

7.Adım: Özgül ihtiyaçları ve isteklerin belirtilmesini ve duygusal birlikteliğin yaratılmasını kolaylaştırmak.

Aşama C: *Sağlamlaştırma/entegrasyon*

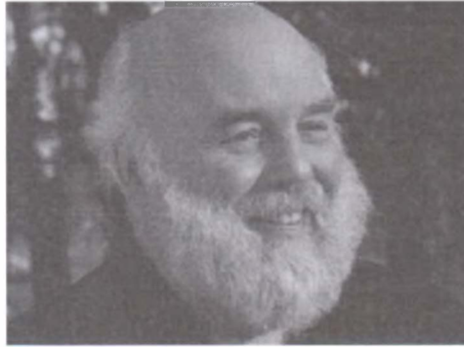
8.Adım: Eski sorunlu ilişki konuları için yeni çözümlerin ortaya çıkmasını kolaylaştırmak.

9.Adım: Yeni konumları ve bağlanma davranışlarının yeni döngülerini sağlamlaştırmak.
Johnson ve arkadaşlarının (1999) izni ile tekrar yayınlanmıştır.

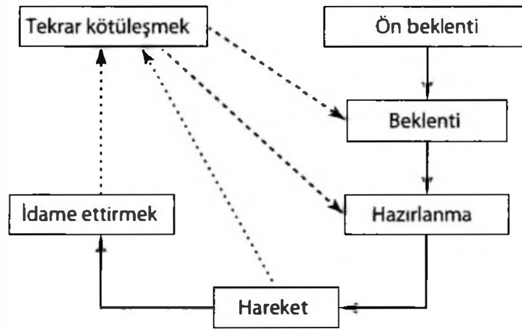
almasını öğrenmek zorundadır. Buradaki amaç duyguları kontrol dışı bırakmamaktır ve kişinin, hislerinin sonuç aşamasına –dönüşüm ve yansıtma– geçmeden önce sağlıklı başa çıkma yöntemlerini öğrenmesidir.

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Motivasyonel görüşme (MG) terapistlerin, madde kullanımı bozukluğu tedavilerinde karşılaşılan iyileşmenin tekrar kötüleşmeye dönmesinden doğan düş kırıklıklarından doğmuştur. Çok az yönlendirme yapan bir terapi tarzı olan danışan merkezli terapinin nispeten yeni bir modelidir. Dahası, MG, davranışsal değişim için hazır olmayı artırmak ve



Leslie Greenberg



ŞEKIL 12.7 Değişim aşamaları

aynı zamanda değişimi, motivasyon yeteri kadar oluştuğunda desteklemek üzere dizayn edilmiştir. Başlangıçta alkoliklerle yapılan çalışmalar için geliştirilmiş olan Motivasyonel Görüşme ilk olarak Miller (1983) tarafından Davranışçı Psikoterapi Bilimsel Dergisi'ndeki bir makalede tanımlandı. Sorumluluğu danışanın ellerine bıraktığından dolayı birçokları onun bilişsel davranışçı yöntemlerle karışmış hâlde olmasına rağmen, Carl Rogers'ın birey merkezli rehberlik yaklaşımının bir evrim geçirmiş hâli olduğunu düşündü. MG teorik olarak bu iki birbiriyle ilişkili teorik yaklaşımla bağdaşır ve onlarla uyum sağlar, MG'nin biricikliği en çok, danışanın değişime ne kadar hazır olduğunun ve onun bu hazır olma oranına göre ne kadar uygulamalara eşlik ettiğinin ifadesinde yatar (Quilan ve McCaul, 2000).

Değişim modelinin temelinde yatan safhalar Prochaska, DiClemente ve Norcross (1992) tarafından önerilmiştir (Şekil 12.7'de gösterilmektedir).

Birçok bakımdan değişim modelinin safhaları ve bu safhaların MG yaklaşımının içine gömülmesi Bilişsel davranışçı Terapi'nin temeliyle benzerdir. Ancak yine de iki tedavi metodu arasındaki en büyük farklılık, BDT'de, danışanın terapistin odasına girmesinin onun değişime hazır bir hâlde olduğuna dair yeterli bir kanıt oluşturduğuna gizli bir inanışın var olmasıdır. Hatırlayın ki MG büyük oranda madde kullanımı bozuklukları için

TABLO 12.4 Motivasyonel Görüşme: Teknik Aşama Uyumu: Değişimin Aşamaları ve Terapistin Görevleri

DANIŞANIN BULUNDUĞU AŞAMA	TERAPİSTİN MOTİVASYONEL GÖREVLERİ
Ön beklenti	Hâlihazırdaki davranışlarının olası riskleri ve getirdiği problemler hakkında danışanın kafasında sorular uyandırmak ve bu konulardaki algılamalarını artırmak.
Beklenti	Dengeli olmayı tavsiye etmek ve danışanın neden değişmesi gerektiğini anlamasını sağlamak. Değişimin olmaması hâlinde, hâlihazırdaki davranışlarının değişmesi için danışanın öz yeterliliğini güçlendirmek
Kararlılık	Değişimi gerçekleştirmek için yapılabilecek en uygun hareketin ne olduğu konusunda danışana yardım etmek.
Hareket	Danışana değişimi gerçekleştirmesi için atacağı adımlarda yardım etmek.
Kalıcılık	Danışana tekrar kötüye gidiş olmaması için stratejileri belirlemesinde ve kullanmasında yardımcı olmak.
Tekrar kötüleşmek	Danışana, tekrar kötüye gidiş olması nedeniyle, batağa saplanmadan ve demoralize olmadan beklenti, kararlı olma, hareket ve koruma süreçlerini yinelemesinde yardımcı olmak.

geliştirilmiştir ki BDT'nin bunların tedavisinde daha önceden zaten bazı başarıları olmuştu. Öte yandan BDT, danışanın değişim için hazır olduğunu varsayan ve bozuk davranışlarını değiştirmek için kararsızlık içinde olmadığını farz eden bir metot olarak görülür. MG terapisti, ör. sigara ya da alkolden uzaklaşmak isteyen ancak ne istediği konusunda kararsız olan, danışanla beraber yürümek için istekliliğini ve sabrını açıkça gösterir.

Motivasyonel Görüşme'deki (MG) odaklanma noktası, danışanın alışkanlığını bırakma konusundaki duygu karmaşası ve direncin dinamik yapısı etrafında dönme eğilimindedir. Terapist bir girişim ve başarısızlık döngüsü beklentisi içinde olur ve bu olduğunda telaşlanmaz. Aslında danışanlara daha işin başında böyle şeylerin olacağı ve hastanın tekrar kötüye gidişin olduğu durumlarda bunu bir başarısızlık olarak nitelendirmemesi gerektiği söylenmiştir. Terapötik ilişki, uzman-danışan etkileşiminden çok arkadaşça bir ortaklığa benzer. Terapist, danışanın davranışları hakkında kendi kararlarını verme hakkına ve seçim yapma özgürlüğüne (ve bunun sonuçlarına) saygı gösterir. Terapist, MG tekniklerini kullanarak hüküm süren aşamayı dikkatlice inceler ve daha sonra bu bilgiyi uygun olan tekniği eşleştirmek için kullanır. Ör., sigarayı bırakma konusunda çok motive olmamış (ön beklenti aşaması) bir danışan nasıl sigarayı bırakacağına dair somut tavsiyeler duymak yerine sağlık ile ilgili bilgilere en iyi tepkileri verecektir (Tablo 12.4). Sürecin büyük bir kısmı hastanın motivasyonunu güçlendirmeye ve problemli davranış hakkında tartışmalı görüşleri zayıflatmaya odaklanır. Özgül davranış stratejilerinin tavsiye edilebilmesi ancak değişim için güçlü bir motivasyona erişildiğinde mümkün olabilir. MG tarzını karakterize eden çok önemli ve öğretilebilir terapist becerileri vardır. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- Kişinin kendine has düşünsel tarzını anlayabilmek (özellikle onu aksettirici bir şekilde dinleyerek);
- Danışanı olduğu gibi kabul ettiğini belli etmek;

- Danışanın kendi öz motivasyon söylemlerini, sorunlarını, önceliklerini, arzularını, değişim istemini ve değişebilir olmak becerisini ifade etmesini sağlamak ve bunları özellikle kuvvetlendirmek;
- Danışanın değişim için hazır olup olmadığının derecesini takip etmek ve değişime karşı olan direncin danışanın önüne atlamamasından emin olmak;
- Danışanın seçme özgürlüğü olduğunu ve kendi kendini yönlendirdiğini tekrar etmek;
- Yaygınlık, patofizyoloji ve detaylı olarak üzerinde durulan sorunlu davranışın yol açtığı sonuçlar hakkında doğru bilgilere sahip olmak.

DİYALEKTİK DAVRANIŞÇI TERAPİ

Temel Mantığı

Bu bölüm şimdiye dek hedeflenen birçok probleme uygulanabilecek olan terapi yöntemlerini tanıttı. Bunun yanında biz hâlihazırda var olan yöntemlerden çıkmış ancak özellikle bir hasta grubu için uyarlanmış ve geliştirilmiş olan bir terapi yaklaşımını göstermenin çok bilgilendirici olabileceğini düşünüyoruz. Tedavi etmenin çok zor olduğuna dair nam salmış Sınırda Kişilik Bozukluğu (SKB) (Linehan, 1993a) hastaları için geliştirilmiş Diyalektik Davranışçı Terapiden (DDT) bahsediyoruz. Bu hastalar genelde problemli olduklarını düşünmemektedirler ve kendi kendilerine karar verip bir terapi almak eğiliminde olmazlar. Terapi alsalar dahi terapistlerden oldukça büyük taleplerde bulunurlar çünkü bu kişiler çok istikrarsız, histriyonik, çok hassas, manipülatif görünümlü (karşısındakine dediğini yaptırmaya çalışan) ve bazen intihara eğilimli kişilerdir. Ayrıca bu nitelikler onların sık sık otoriteye karşı gelmesinde (terapistler de dahil olmak üzere) de geçerlidir ve profesyonel olarak işlerinin yapan insanların yetkinlikleri konusunda şikâyetçi olanlar büyük olasılıkla bu danışanlardır. Washington Üniversitesi'ndeki Marsha Linehan DDT'yi tasarladı ve bu farklı yaklaşımı klinik muayenelerde kullanmaya başladı ki bu yaklaşım bu klinik hastalığın tedavisinde altın standart oldu. DDT, hastalığın şu önermelerine dayanmaktadır: Bu hastalık, çocukların sık sık değersizleştirildiği, yani onların sık sık reddedildiği ya da istismar edildiği, ebeveynlerinin, davranışlarına karşı değişkenlik gösteren bir tarzda tepki verdikleri için, çocuk için sevgiyi nasıl güvence altına alacağını bilmesini zorlaştırdıkları ortamlarda büyümesinin bir sonucudur. Çocuk, strese neden olan şeylere karşı çok hassas olur, özellikle sosyal kabul görüş ve sosyal ortamların içine girme ve duygularını kontrol etmede kronik problemler bu stres kaynaklarından bazılarıdır. Kendi kendine zarar verme durumu bu hastalar tarafından sıklıkla geliştirilir; çünkü yoğun ve çok acı veren duyguların tecrübe edilmesi karşısında bu davranışlar bir nevi başa çıkma yöntemidir. İntihara kalkışmak hayatın yaşamaya değer olmadığının bir ifadesinin açığa vurulması olarak bu hastalarda görülebilir. Sınırda kişilik bozukluğunun yoğun niteliklerini taşıyan hastaların psikiyatrik hastanelere sık sık yatırıldığı görülür.

Metot

DDT, terapistle etkileşimi ön plana yerleştiren dogmatik olmayan ve açık olan bir yaklaşımdır. Tedaviyi diyalektik yapan şey her ikisinin (terapist ve danışan) tarafına geçebilen bir şekilde bir yanda kabul görüş olduğunda diğer tarafta değişimin olmasına odaklanmaktır. Bu yüzden kabul ediş ve takdir etmenin özgül teknikleri

hastanın **öz değersizleştirmesine** karşı dizayn edilmiştir. Bunların devamında da, hastaya, yaşadığı zorlukların daha uygun bir şekilde üstesinden gelmesi ve bu konuda beceriler kazanması için yardım etmek amacıyla problem çözme ve duygusal düzenleme becerilerinin eğitimi verilir. Diyalektik stratejiler, bu hastalarda karşılaşılan aşırı ve değişmez düşüncelere karşı koymak için tedavi unsularının hepsinin temelinde yer alır ancak tedavi aynı zamanda davranışçıdır, geçmişi göz ardı etmeden hâlihazırda olmaya devam eden davranışa ve bu davranışı kontrol eden en son faktörlere odaklanır. Terapist şunlara özendirilir:

1. Hastayı olduğu gibi kabul etmek ki, bu değişimi özendirir;
2. Merkezde ve sabitlik, ancak durum gerektiğinde esnek olmak;
3. Destekleyici olmak, ancak talep eden bir destekleyici olmak.

Etkili terapi, net ve sürekli bir tutarlılık gerektirir ve danışanlar terapistin kabulleneceği davranışlarının hangi limitlerde olabileceğini öğrenmek durumundadır. Terapist ve hasta arasındaki koşulsuz bir ilişki olanaklı görünmemektedir. Olasılık dahilinde olan bir şey varsa o da, hastanın, olumsuz manada yeteri kadar çabalaması sonucu terapistin onu reddetmesine neden olmasıdır. Terapistin kendisine yardım etmeye devam etmesini teşvik etmek hastanın kendi bileceği şeydir. Diğer terapi formlarında farklı olarak DDT düzenli olarak şunları kullanır:

1. Bireysel terapi
2. Grup becerisi eğitimi
3. Telefon aramaları
4. Terapist istişaresi

Bu çoklu model yaklaşımı, hastanın düşkünlüğünü ve terapistten oldukça fazla talep edici oluşunu; ancak aynı zamanda hastaya bir güven duygusu sunmak gerekliliğini yansıtır. Eğitim unsuru, dört adet beceri eğitim modülüne ayrılabilir, bunlar terapist eğitim kılavuzunda (Linehan, 1993b) daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır:

1. Öz Farkındalık becerileri
2. Kişiler arası etkililik becerileri
3. Duygusal düzenleme becerileri
4. Sıkıntılı durumlara karşı hoş görü becerileri

Sınırda kişilik bozukluğu hastaları, bir dizi problemli davranışı sunmak eğilimindedir ki bu problemler, farklı terapi odaklanmalarının arasında gidip gelmekten kaçınmak için yapılandırılmış bir formatta hedef alınması gereken problemlerdir. Terapinin rotası hedeflerin hiyerarşik şartlarına göre aşamalara ayrılmıştır ve yapılandırılmıştır.

Ön-tedavi aşaması değerlendirme, sözleşme ve terapiyi tanıtmaya odaklanır:

1. **Aşama:** İntihar davranışlarına, terapiyi bölen davranışlara ve yaşam kalitesine mani olan davranışlara, bu problemlerin çözümü için gerekli olan becerileri geliştirmeye odaklanır.
2. **Aşama:** Travma sonrası stres bozukluğu ile uğraşır.
3. **Aşama:** Öz saygı ve bireysel tedavi hedeflerine odaklanır.

Hedefteki davranışların her biri bir sonraki aşamaya geçmeden önce kontrol altına alınır. Özellikle çocukluk çağı cinsel taciz gibi travma sonrası stres bağlantılı problemler 1. Aşama başarılı bir şekilde tamamlanmadan masaya yatırılmaz. Psikoterapinin ne kadar iyi sonuç aldığı ve diyalektik davranışçı terapiden alınan sonuçlar için özel bir takım referanslar Bölüm 13'te sunulmuştur.

SONUÇ

Bu bölümde bugünün klinik psikologları tarafından kullanılan tedavi formlarının en sık kullanılanlarının tanımını yaptık. Bu formların etkililiği sağlam kanıtlarla desteklenmiştir (ayrıntılar Bölüm 13'te) ve bu tedavi formları kısa dönemli ve ekonomik olma eğilimindedir. Özellikle bazı bakımlardan bu yaklaşımlar güçlüdür, o da, temellerinde yatan teoriler birbirlerine zıt düşmemekte olduğudur ve bir terapist bunların bir karışımını veya bu sıralı tekniklerin birçoğunu tek bir hasta için kullanabilir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Her defasında bunun gibi bir ders kitabı yazıldığında yazarlar hangi terapilerin ele alınacağı konusunda karar verirler. Bir bakıma terapiler bir moda gibi geçicidir, buna rağmen biz öngörülebilir olarak, temellerinde güçlü bir mantık bulunan ve olumlu sonuçlar veren terapileri kitaba dahil etme konusunda kararlarımızı verdik. Bölüm 11 ve 12'deki tüm terapiler uzun bir geçmişe, geniş vizyona, sağlam mantığa ve dayandıkları güçlü bir dataya sahiptir. Bunu belirtmekle birlikte biz okuyucuyu, Bölüm 14'e kadar gidip bakmaya kışkırtıyoruz ki orada biz biraz daha mistik, daha yakın zamana ait ve daha az araştırılmış bazı terapileri tanıttık. Belirli bir yaklaşımın sizin ilginizi çekmek için ne kadar kanıta sahip olması gerektiğine kendiniz karar verin.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Altında yatan varsayımlar (Underlying assumptions)
Ayırıcı uyaran (Discriminative stimulus)
Beklenmeyen durum kontratı (Contingency contracting)
Biçimlendirme (Shaping)
Bilişsel davranışçı terapi (BDT) (Cognitive-behavioral therapy (CBT))
Bilişsel terapi (Cognitive therapy)
Bilişsel üçlü (Cognitive triad)
Biyo geri bildirim (Biofeedback)
Biyo geri bildirim terapisi (Biofeedback therapy)
Cezalandırma (Punishment)
Davranışçı terapi (Behavior therapy)
Değişim modelinin stratejileri (Stages of change model)
Destekleyici (Buffer)
Diyalektik davranışçı terapi (Dialectical behavior therapy)
Doyum veya aşırı düzeltmek (Satiation or overcorrection)

Dönüşüm (Transformation)
Edimsel koşullanma (Operant conditioning)
Edimsel koşullanma modeli (Operant conditioning model)
Fonksiyonel analiz (Functional analysis)
İç algı (Proprioception)
İkincil pekiştiriciler (Secondary reinforcers)
İlişkisel veya bağlantılı öğrenme (Relational or associative learning)
Jeton biriktirme (Token economy)
Kaçınma terapisi (Aversion therapy)
Kademeli maruz bırakma (Graduated exposure)
Kara kutu prensibi (Black box principle)
Klasik koşullanma (Classical conditioning)
Koşullu tepki (conditioned response)
Koşulsuz uyarıcı (Unconditioned stimulus)
Modelleme (Modeling)
Modelleme-ustalık modeli (Modeling—mastery model)
Modelleme-üstesinden gelme modeli (Modeling—coping model)
Olumlu pekiştirme (Positive reinforcement)
Olumsuz pekiştirme (Negative reinforcement)
Oto biyografik bilgi (Autobiographical knowledge)
Otomatik düşünceler (Automatic thoughts)
Otomatik öz düzenleme (Autonomic self-regulation)
Önceki pekiştireçler (Primary reinforcers)
Öz inanışlar (Core beliefs)
Öz değersizleştirme (Self-invalidation)
Probleme uyum sağlamak (Trouble adjusting)
Rahatlama-gevşeme yanıtı (Relaxation response)
Sınırda kişilik bozukluğu (Borderline personality disorder)
Sistematik duyarsızlaştırma (Systematic desensitization)
Sosyal kaçınma (Social avoidance)
Söndürme (Extinction)
Stres (Stress)
Stres yönetimi (Stress management)
Şema (Schemata)
Şemalar (Schemas)
Taşırma (Flooding)
Tekrarlama (Rehearsal)
Tepkinin bedeli (Response cost)
Yansıtmak (Reflection)
Zaman aşımı (Time-out)
Zayıf modelleme (Poor modeling)
Zincirleme (Chaining

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Davranışçı elementleri olmadan bilişsel terapi yapılabilir mi?
2. Kaç çeşit farklı öz-düzenleme tedavisine ihtiyacımız vardır? Onların hepsi benzer değil midir?
3. Hangi tip tedaviden hangi danışanlar en çok fayda görürler?
4. Farklı tarzlardaki terapileri çoklu problemi olan bir danışanla çalışırken birbirlerine kaynaştırabilir miyim?
5. Davranışçı terapi mekanik bir tarzda olmak zorunda mıdır? Davranışçı terapide terapist ne kadar önemlidir?

KAYNAKÇA

Beck. A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly, 1*, 5–37.

Benson, H. (1975). *The relaxation response.* New York: Morrow.

Craig, K. C., & Dobson, K. S. (Eds.). (1995). *Anxiety and depression in adults and children.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Dobson, K., & Franche, R. (1989). A conceptual and empirical review of the depressive realism hypothesis. *Canadian Journal of Behavioural Science, 21*(4), 419–433.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

Ellis's Irrational Thoughts: *http://www.psychotherapynetworker.org/index.php? category=magazine&sub_cat=articles&page=1&type=article&id=The%20Top%2010*

Ellis, A. (1977). *Handbook of rational–emotive therapy.* New York: Springer.

Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin, 129,* 10–51.

Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 927–947.

Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 12,* 154–189.

Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couples therapy.* New York: Guilford.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57,* 35–43.

Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (2000). Anxiety and arousal: Physiological changes and their perception. *Journal of Affective Disorders, 61,* 217–224.

Hughes, J. C., & Cook, C. H. C. (1997). The efficacy of disulfiram: A review of outcome studies. *Addiction, 92,* 381–396.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science & Practice, 6,* 67–79.

Kabat Zinn. J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 144–156.

Kop, W. J. (1999). Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine, 61,* 476–487.

Lang, P. J., & Melamed, B. G. (1969). Avoidance conditioning therapy of an infant with chronic ruminative vomiting. *Journal of Abnormal Psychology, 74,* 1–8.

Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., & Sime, W. E. (2007). *Principles and practice of stress management* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Linden, W. (1981). Exposure treatments for focal phobias: A review. *Archives of General Psychiatry, 38,* 769–775.

Linden, W. (1988). Biopsychological barriers to the behavioral treatment of essential hypertension. In Linden, W. (Ed.), *Biological barriers in behavioral medicine.* New York: Plenum.

Linden, W. (1990). *Autogenic training: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

Linden, W. (2005). *Stress management: From basic research to better practice.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder.* New York and London: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* New York and London: The Guilford Press.

Lubar, J. F., & Bahler, W. W. (1976). Behavioral management of epileptic seizures following EEG biofeedback training of the sensorimotor rhythm. *Applied Psychophysiclogy and Biofeedback, 1,* 77–104.

Mavissakalian, M., Turner, S. M., & Michelson, L. (Eds.) (1985). *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment.* New York: Plenum.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1989). *Textbook of pain.* New York: Churchill Livingstone.

Newton, T. (1995). *Managing stress: Emotions and power at work.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Ong, L., Linden, W., & Young, S. B. (2004). Stress management: What is it? *Journal of Psychosomatic Research, 56,* 133–137.

Poole, G., Hunt Matheson, D., & Cox, D. N. (2008). *The psychology of health and health care* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184–218). Newbury Park, CA: Sage.

Quilan, K. B., & McCaul, K. D. (2000). Matched and mismatched interventions with young adult smokers: Testing a stage theory. *Health Psychology, 19,* 165–171.

Rosen, J. C., & Wiens, A. N. (1980). On psychological intervention and medical services utilization. *American Psychologist, 35,* 761–762.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129,* 216–269.

Smith, J. C. (2004). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats. *Psychosomatic Medicine, 66,* 148–149.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752–777.

Steptoe, A., & Marmot, M. (2003). Burden of psychosocial adversity and vulnerability in middle age: Associations with biobehavioral risk factors and quality of life. *Psychosomatic Medicine, 65,* 1029–1037.

Vaitl, D., & Petermann, F. (2000). *Handbuch der Entspannungsverfahren.* Volumen I: Grundlagen und Methoden (2nd ed). Weinheim/Germany: Betz Verlag.

van Dixhoorn J., & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 12,* 193–202.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal psychotherapy.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Woody, S. R., Detweiler, B. J., Teachman, B. A., & O'Hearn, T. (2003). *Treatment planning in psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care.* New York: Guilford Press.

Zaretsky, A., Segal, Z., & Fefergrad, M. (2007). New developments in cognitive-behavioural therapy for mood disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52,* 3–4.

PSİKOTERAPİNİN SONUÇLARI*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

İlk bakışta, psikoterapinin işe yarayıp yaramadığı sorusu o kadar da zor görünmez. Ancak 10. Bölüm'de anlatıldığı gibi psikoterapinin, terapinin faydasını uzun süreye yaymak için danışan ve terapistin birbirini etkilediği dinamik ve çok içerikli bir süreç olduğunu dikkate alırsak, bu evrensel sorunun pek çok alt soruya neden olacağını öngörebiliriz. Bu karmaşıklığın değerlendirmesini yapabilmek için, bu bölüm, terapi etkileri hakkındaki soruları cevaplayabilecek yöntemlerin kısa bir incelemesiyle başlayacaktır. İlgili araştırma yazınını anlayabilecek araçlarla donatılmasının ardından, bölüm, psikoterapi sonuçlarının araştırmasındaki büyük gelişmelerin tarihsel bir incelemesiyle başlamaktadır. Araştırma sonuçlarının, sorduğu sorular ve cevap elde edebilmek için kullandığı teknikler bakımından nasıl daha sofistike hâle geldiğini göstereceğiz. Daha sonra gerçek araştırma bulgularının ve eksik bilgilerimizin altı çizilerek özetlenecektir.

YÖNTEMLER

Üçüncü bölüm, psikoterapinin ne kadar işe yaradığını belirlemeye yardımcı olacak araştırma yöntemlerine özellikle değinmiştir. Yöntemler, tekli vaka gözlemlerinden çoklu kontrol gruplu ve büyük örneklemli seçkisiz klinik deneylere kadar çeşitlilik göstermektedir. Vaka gözlemlerinden büyük klinik deneylere doğru gidişte mantıksal bir ilerleme vardır. Bu da gözlemlenen etkiler açısından, okuyucuların sonuçlara duyduğu güvene yansımaktadır. Gözlenen sonuçlar bakımından, bulgular hızlıca artabilir ve bu da potansiyel olarak kafa karıştırıcı olabilir çünkü bazen birbirine karşıt bulgular ortaya çıkabilir. Bu yüzden düzenli olarak durum değerlendirmesi yapmak, mevcut bulguları özetlemek ve uygulama için tavsiye kararları almak gereklidir.

Çeşitli inceleme yöntemleri olsa bile, niteliksel ve niceliksel yöntemlerden, vaka gözlemlerinin paylaşılmasından klinik deneyler için dikkatlice seçilen çoklu tedavi gruplarındaki birçok işlem ve nihai değişkenlere kadar bir doğal gidişat söz konusudur.

---

* Çevirenler: Uzm. Klinik Psikolog Murat ARTIRAN - Dr. Muzaffer ŞAHİN

Tarihsel açıdan ilk inceleme türü, bir araştırmacının var olan çalışmaların detaylı tanımlarını verip yazarın değerlendirmelerinin yansıtıldığı sonuç bölümündeki neticeleri özetlemesi şeklindeydi. Her zaman iyi bir inceleme için yazarın, yazın araştırmasını nasıl yaptığını açıkça belirtmesinin önemli olduğu düşünülmüştür, böylece başka bir araştırma grubu çalışma üzerinde devam edebilecek ve sonuçları tekrarlayabilecektir. Okuyucu hikâye anlatılırken yazarı takip ettiği için bu tür bir inceleme anlatılanların incelenmesi olarak bilinir. Aşağıda böyle bir incelemenin nasıl olabileceği konusunda bir örnek bulunmaktadır:

> ... Miller ve Jones'ın çalışmasında (2006, *kurgusal referans*), ayrılık kaygısı olan 42 birinci sınıf kolej öğrencisi psikanaliz ile tedavi edilmiş ve ortalama 40 seans tedavi görmüşlerdir; tedavi görenlerin büyük çoğunluğu kişisel gelişim gösterdiğini bildirdiği için bu tedavinin başarılı olduğuna kanaat getirilmiştir. Yine ayrılık kaygısını tedavi etmek için psikanalizi kullanan benzer bir çalışmada, Horvath, Schmidt ve Lee (2005, *yine kurgusal referans*) kişilik bozukluğu tehşisi olan 25 genç hastayı 24 seanslık tipik bir tedavi ile tedavi etmiştir, ancak örneklemlerinde önemli bir gelişme görmemişlerdir. İki araştırmanın sonuçlarının farklılığı göz önüne alındığında, görünürde çelişkili olan sonuçları anlayabilmek için protokoller arasındaki farklılıklar incelenmelidir. Miller ve Jones'un çalışmasında örneklem daha büyük olduğu için kayda değer bir etki gözlemlenmiş olabilir veya tedavi daha uzun olduğu ya da hastalar daha yüksek düzeyde patoloji gösteren hastalar olduğu için; Horvath ve arkadaşlarının (2005) örneğine oranla kolej öğrencilerinin durumu daha uygun olduğu için önemli bir etki gözlemlenmiş olabilir. Aynı zamanda, yöntemleri çeşitlilik gösteren çalışmalar arasındaki farklılıkların bir kombinasyonu veya etkileşimi de farklı sonuçlar oluşturmuş olabilir. Bu konuyu açığa kavuşturmak için çalışmaları karşılaştırabilmek adına sonraki çalışmalarda araştırmacıların tedavi uzunluğunu ve örneklemin büyüklüğünü benzer tutmalarını öneriyoruz.

Bu anlatılanların incelenmesi yöntemi özellikle terapi etkileri çalışmalarında oluşan birçok farklılığı bağdaştırma konusunda uygundur ki bu çalışmalar oluşan problemlerin şiddeti, türü bakımından ve terapistin deneyimi, danışanların farklılığı, yaş veya cinsiyet ya da sosyoekonomik statünün göz önüne alınışı ve terapinin nasıl (ne kadar) iletildiği ve daha başka konular açısından çeşitlilik gösterebilir. İnceleme yapan bir kişinin belli bir sonuca nasıl vardığı her zaman çok açık olmadığı için ve araştırmaları inceleyen temelde aynı konuyu değerlendiren değişik kişilerin aynı konu hakkında farklı sonuçlara vardığına dair anektod kanıtları olduğundan bu tip bir incelemenin yanlı olabileceği göz önüne alınır (önceki örnekte inceleme yapan kişinin riske girmeyip provakosyan yapan bir sonuçtan kaçındığını hatırlayın). Elbette ki kamuoyu bu birbirine karşıt bulgulardan çok memnun değildir ve değerlendirmeler ortak bir kanaate ve yararlı pratik bilgilere ulaşmadığı zaman kamuoyunun bütün araştırmaları önemsememesi olasıdır.

Daha nesnel incelemeler yapmak ve daha kolay tekrar etmek için, ikinci nesil incelemelerde, neyin işe yarayıp neyin yaramadığı konusunda karar vermek amacıyla nicelik-sel yöntemler kullanılmıştır. Psikolojik araştırmalardaki yaygınlaşmış alışkanlıklara uygun olarak, terapi getirileri konusunu araştıran araştırmacılar, bir null hipotezinin, yani belli bir "XX" terapisinin yararlı olup olmayacağını, güvenli bir şekilde reddedilip reddedilmeyeceğini belirlemek için çıkarımsal testler kullanmışlardır. Bu null hipotezinin reddetme

TABLO 13.1 Tablo Değerleri İncelemesinden Elde Edilen Varsayımsal Sonuçlar

MEVCUT ÇALIŞMA SAYISI (K)	DAHA İYİ SONUÇLARI OLAN ÇALIŞMA SAYISI	EŞDEĞER SONUÇLARI OLAN ÇALIŞMA SAYISI	DAHA KÖTÜ SONUÇLARI OLAN ÇALIŞMA SAYISI
GGD tedavi olmamasından iyidir k = 24	22	2	0
GGD danışan Merkezli terapiden iyidir k = 15	3	11	1

Bu tablo yeni Güle Güle Depresyon (GGD) tedavisinin etkili olup olmadığını değerlendirmektedir.

kararı genellikle olasılık değeri.05'ten az olan istatistiksel önem değerinin saptamasına dayalıdır; eğer sonuç $p < .05$ olarak bulunursa, tedavi başarılı demektir. Eşik değerinin $p = .05$ olmasının anlamı şudur; eğer çalışma sürekli tekrar edilirse, 20'nin 19'unda aynı sonuçlar elde edilir. Bu istatistiksel belirleme yönteminin kullanımı çalışmaları başarılı veya başarısız olarak sınıflandırır, yani sonuçları iki zıt gruba ayırır. Sonuç bilgisi, daha sonra tablo değerleri ile basit bir tabloya girilebilir (Tablo 13.1).

Tablo 13.1'in gösterdiği gibi, iki soruya işaret edilmiştir; bunlar, (a) Güle Güle Depresyon (GGD) adı verilen tedavinin hiç tedavi olmamasından daha iyi olup olmadığı ve (b) bu tedavinin önceden uygulanan tedaviden daha etkili olup olmadığıdır. Belirtilen ek kriteri karşılayan ve varsayımsal GGD tedavisinin bekleme listesindeki kontrol grubuna göre daha iyi olup olmadığını test eden yirmi dört klinik çalışma mevcuttur; bu aynı tedaviyi Danışan Merkezli Terapi ile karşılaştıran ise 15 klinik çalışma vardır. Tablo değerlerinin gösterdiği gibi, istatistiksel olarak GGD 24 testin 22'sinde tedavi olmamasına göre daha iyi çıkmıştır ve 15 klinik çalışmanın üçünde Danışan Merkezli Terapi'ye göre daha iyi çıkmıştır. Terapi sonuçları ile ilgili verilerin, çok hücreli veya kutucuklu bir tabloyla organize edilmesi nedeniyle **kutu-değer-yorumları** adını almasını sağlamıştır. Eğer kategorik başarının yararlılığı veya karar alışlardaki başarısızlık kabul edilirse, o zaman sonuç GGD'nin tedavi olmamasına göre hayli iyi ancak diğer aktif tedaviye yani Danışan Merkezli Terapi'ye göre oldukça benzer olduğudur.

Kutu-değer-yorumlarının, nesnellik, şeffaflık ve tekrarlanabilirlik açısından bakıldığında açıklayıcı yorumlamalara nispeten çok büyük gelişmeler olduğu düşünülmektedir; ancak kısa süre sonra esas mantıkları ve istatistiksel zayıflıkları nedeniyle eleştirilmiştir ve yerini daha ileri bir yaklaşım almıştır. Psikolojinin hemen hemen tüm alanları, dolayısıyla psikoterapi sonuçlarını araştıranlar da dahil, $p = .05$ null hipotezlerinden büyük istatistiki olasılıkların bulgularından oluşan bütün araştırmaların ikili yaklaşımını tenkit eden bir hal almaya başlamıştı (Rosenthal, 1983; Rosenthal ve DiMatteo, 2001).

İkili yöntemin yani $p = .05$'ten azlık veya büyüklük olarak bakan yöntemin niçin zayıf bir yöntem olduğu hakkında birçok kayda değer tartışma vardır:

1. **Eşiklerin anlamı:** Şu örneği düşünün: Ders performansı % 81 olan A öğrencisine "A" notu verilirken, ders performansı % 79 olan arkadaşına "B" notu veriliyor.

Kimse sadece A/B ayrımının eşiğinin diğer tarafında olduğu için A öğrencisinin B öğrencisinden daha iyi olduğunu ciddi olarak söz konusu etmeyecektir; 0-100 arası bir ölçekte % 2 önemsizdir. Aynı çıkarım psikoterapinin sonuçları için de yapılabilir. Eğer 20 klinik deney farklı şehirlerde farklı örnekler ile yapılmış olsaydı, onların her biri $p<.06$ veya $p<.08$ istatistiksel olasılığa eşdeğer bir tedavi sonrası getiri gösterirdi (ama tipik $p=.05$ önem eşiğine ulaşamazlardı), o hâlde tablo değer yönteminin mantığının katı bir uygulaması bu tedavinin hiç de etkili olmadığı sonucuna varırdı ve — 20 deney de "başarısız" olurdu. En azından deneylerin çoğunluğunun sihirli gibi $p=.05$ eşiğine ulaşmasının daha etkileyici olacağı doğrudur; ancak yine de, bunun, 20 deneyin de bu küçük tedavi etkisini tekrar ettirdiği göz önüne aldığımızda hayli önemli olduğu düşünülmektedir.

2. **Örneklem boyutunda çeşitlilik:** İkinci olarak, örneklem boyutlarının farklılıklarını görmezden gelen kutu-değerleri-yaklaşımla ilgili eleştiriler, 400 hastanın dahil olduğu bir çalışmanın nihai karara katkısının sadece 15 hastanın olduğu bir çalışma ile aynı olması gibi, örneklem boyutundaki farklılıklara aldırış edilmemesi üzerinedir. Çok bilgili olmayan okuyucular bile, 400 hastanın örneklem boyutunu oluşturduğu bir araştırmanın sunduğu önemli sonuçların, sadece 15 hastalık bir örneklem grubu ile yapılan başka bir araştırmadan çıkan benzer sonuçlardan çok anlamlı olması gerektiğini savunacaklardır.
3. **İstatistiksel gücü hesaba katma:** Özellikle son birkaç on yılda psikoloji öğrencileri kendilerine nasıl deney yapacakları öğretilirken istatistiksel gücün öneminin farkına varmışlardır. Yeterli olmayan bir çalışmanın, araştırmacının null hipotezini kabul etmesi ve reddetmesine olanak sağlamayacağını öğrenmişlerdir. Bu bakımdan, bazı psikoloji araştırmacılarının, psikoloji deneylerinde (akran incelemeleri dergilerinde yayınlanan) gözlemlenen tipik etki boyutunun dikkat çekecek derecede küçük (genellikle yaklaşık $d = 0.3$; Sedlmeier ve Gigerenzer, 1989) olduğunu göstermeleri de oldukça çarpıcıdır. Bu yüzden, belirgin tedavi sonuçlarına ulaşamayan birçok psikoterapi klinik çalışmaların, çalışma sürecine başlamak adına güçsüz olduğuna inanmak için iyi sebepler var; bu çalışmalar ilk seferde hiçbir şekilde anlamlı sonuçlar oluşturmazlar (Linden ve Satin, 2007). Psikoterapinin işe yaramadığını öne sürersek bu güç eksikliği oldukça olumsuz sonuçlara dönüşecektir. Klinik çalışmalar için hibe alan inceleme panelleri rutin bir şekilde yetersiz çalışmalara fon vermeyi reddederken, gereken örneklem boyutunun tahminini iyi yapmak problemi ortadan kaldırmak için yeterli değildir; çünkü:
   (a) Araştırmacılar, iyi bir çalışma için gereken katılımcı sayısını oldukça iyi tahmin edebilirler; ancak, para veya zaman ya da her ikisine de sahip olmadıklarından dolayı gereken sayıya ulaşamazlar.
   (b) Araştırmacılar, bilgilere dayanarak beklenen etki boyutunun tahmin edebilirler; ancak, yine de çalışma planlaması sırasında ulaşılabilecek etki olduğundan fazla abartılı tahmin edebilir veya tam tersi olarak, tedavi edilmeyen kontrol grubundaki hastaların kendiliğinden ne kadar iyileşebileceklerini azımsayabilirler.

Tablo değer analizinin zayıflığının çözümü, (a) grup ortalama değerleri ve değişkenlerini göz önüne alan her mevcut ve karşılaştırılabilir klinik çalışma için tek bir istatistik oluşturmak ve (b) bu istatistiğin sonuca katkısının, her çalışma için örnek boyutundaki farklılıkların ölçüldüğünden emin olmaktır. Büyük örneklemli çalışmaların etkisi, çok

küçük örneklemlilere göre daha çok olmalıdır. Bu yöntem meta-analiz olarak bilinmektedir ve sadece psikoterapi alanında değil diğer alanlarda da sık kullanılan bir yöntemdir. Meta-analizin istatistiksel karmaşaları, teori ve araştırmanın gelişen alanı olmuştur ve biz bu bakış açılarına burada derin bir şekilde değinmeye kalkışmayacağız (Rosnow ve Rosenthal, 1996). Ancak, meta-analizin temel mantığı ve yöntemi karmaşık değildir, bunu anlayabilen okuyucu, daha sonra bu bölümde özetlenecek olan terapi etkileri yazınında mevcut olan birçok meta-analizden kendi sonuçlarını kolayca çıkarabilir. Aslında, toy bir klinik psikolog için meta-analizin nasıl işlediğinin ve etki boyutunun ne tür bilgi oluşumunu sağlayacağının temel bilgisini göz önünde bulunduruyoruz. Etki boyutunun önemini anlamadığı takdirde, okuyucunun bölümün ilerleyen sayfalarında gösterilen sonuç tablolarına geçmemesi çok önemlidir.

Veri setinin ve veri elde etmek için kullanılan araçların ölçme seviyelerine bağlı olarak meta-analizde kullanılabilecek olan birçok farklı etki boyutu türü vardır. En çok uygulanan etki istatistiği, korelasyon katsayısıdır (r) ve yani psikoterapide d = 1.0'ın tedavi sonrası ortalama bir hastamn standart sapmasının tedavi öncesine göre daha iyi durumda olması anlamına gelen Cohen'in d etkisidir. En iyi etki boyutunun nasıl hesaplanacağı sağlam bir örnekle gösterilebilir (bk. Kutu 13.1).

Meta-analizden korkup kaçmanın bir gereği yoktur çünkü temelinde yatan aritmetik ortaokul 3. Sınıf matematiğinin gerektirdiğinden daha çok matematik gerektirmemektedir ve hesabı kafadan veya 3 dolarlık bir hesap makinesi yardımıyla yapılabilir.

KUTU 13.1

ÖRNEK

Güle Güle Depresyon (GGD) adı verilen yeni bir tedavi test edilmiştir ve terapi öncesi ve sonrası bireysel rapor anketinden alınan değerler (yüksek değer = ağır depresyon) aşağıdaki gibidir:

Tedavi öncesi ortalama değer (M1) = 24 (SD = 12)

Tedavi sonrası ortalama değer (M2) = 16 (SD = 8)

Basit formüle dayalı d'nin etki boyutu hesaplaması:

$$d = \frac{\text{Tedavi sonrası ortalaması (M2) — tedavi öncesi ortalaması (M1)}}{\frac{(SD1 + SD2)/2}{(12 + 8)/2}}$$

Bu iki ortalamaya eşlik eden ortalama standart sapmalar yaklaşık aşağıdaki gibidir.

Bizim durumumuzda: Adım 1 (atayan kimse) M2-M1 = 24-16 = 8;
Adım 2 (payda) 12 + 8/2 = 10;
Adım 3 (çözüm) 8/10 =.8

ETKİ BOYUTU (d) = 0.8

Bu bölümün geri kalanında, herhangi bir karışıklık olmaması için sadece d etki boyutunu gösteren sonuçları ve tabloları sunacağız. Tıp dergilerinde tercih edilen etki boyutu "r" iken, psikologlar Cohen'in "d" etkisini tercih etmektedirler. Yazar tarafından açıkça belirtilmediğinde, meta-analizin zeki okuyucuları, her seferinde hangi etki boyutunun kullanıldığına dair açıklama aramalıdırlar. Sonuç sayılarının çok farklı anlamlara gelmesinden dolayı bu oldukça önemlidir. Diğer yandan, etki boyutunun bir türü, formüller ve tablolar kullanılarak başka bir türe kolayca dönüştürülebilir (Rosnow ve Rosenthal, 1996). "r" ve "d" arasındaki etki ilişkisinin doğrusal olmadığına dikkat edin. Rapor edilen etki boyutunun bir örnek içerisindeki değişimini (tedavi sonrası etkisini) tanımlayıp tanımlamadığını veya tedavilerin karşılaştırılmasına dayanıp dayanmadığını da açıklayacağız. Genellikle d = .2 etkisine küçük etki, d = .5 etkisine orta büyüklükte etki ve d = .8 etkisine büyük etki denilmektedir.

TERAPİ SONUÇLARININ ARAŞTIRILMASININ KISA TARİHİ

Araştırmacılar ve klinikçiler uzun zamandır etkili psikoterapinin nasıl olduğunu merak etmekteydiler; ancak, İngiliz psikolog Hans Eysenck'in (1952) psikoterapi etkileri üzerine yazılan ilk önemli inceleme makalesinin yazarı olduğu düşünülmektedir. 7000 hastanın olduğu tıbbi şemaların incelemesi psikoterapi gören "gelişmiş" hasta oranının terapi görmeyenlere göre daha iyi durumda olmadığı sonucuna neden olmuştur; daha iyi belirtmek gerekirse, özel bir tedavi görmeyenler 2 yıl sonra problemlerinde % 72 oranında azalma yaşarken, psikanaliz tedavisi görenlerden sadece % 44'ünde gelişme görülmüştür ve eklektik terapi gören diğerleri ise % 64 oranında gelişme gördüklerini rapor etmişlerdir. Bu durum kesinlikle umut vaat eden bir başlangıç değildir.

Bu sonuçlardan sonra eleştirmenler hemen ayaklanarak yöntemleri eleştirdiler ve inceleme sonuçlarına karşı çıktılar. İlk ve en önemli olan eleştiri, Eysenck'in verilerinin kontrollü çalışmalardan edinilmediğiydi ve sosyal sınıf, hastalık seviyesi ya da hastalık tipi açısından hastaneye yatış sürecinde bu grupların gerçekten kıyaslanabilir olması mümkün değildi. Ayrıca bu sonuç; okuyucunun, tüm hastanelerin ve sağlık bakım hizmetlilerinin kayıtları aynı şekilde tuttuğuna ve klinik kararlarını tamamen standart bir yolla gerçekleştirdiğine inanmasını gerektirir. Eysenck'in oldukça kötümser olan sonucu daha iyi olan birçok incelemeyle çürütülmüştür (Luborsky, Singer ve Luborsky, 1975; Smith ve Glass, 1977; Shapiro ve Shapiro, 1982), ancak Eysenck, yine de insanları bu sorular üzerine düşündürdüğü ve terapiye ihtiyaç duyanların gerçekten güvenebileceği sonuçlara ulaştıran daha iyi yöntemler bulmaya ittiği için, teşekkür edilmeyi hak eder.

Üçüncü bölümde ve bu bölümün başında tanımlanan psikoterapinin etkilerini tanımlamak ve değerlendirmek için kullanılan yöntemler, psikoloji alanında eğitilen standart araçlardır; ancak bununla birlikte, psikoterapinin potansiyel değeri ticari oylama şirketlerinin seçim kampanyalarındaki oy tercihlerini değerlendirmek veya tüketicilerin jambon *A, B, C* ya da alkolsüz içecek *P – C* tercih edip etmeyeceklerini değerlendirmek için kullandıkları anket türü ile değerlendirilebilirler. Bu yapıda özellikle etkili olan bir anket, rutin olarak tüketici ürünlerinin çeşitlerinin karşılaştırmalarını tanımlayan ancak bazen cep telefonu tedarikçileri ve sigorta şirketleri gibi hizmetleri kıyaslayan bir dergi olan Tüketici Raporlarında (1995) yayımlanmıştır. Bu ankette, son üç yıl içerisinde ruh sağlığı uzmanına görünmüş olan 4100 katılımcıdan yaşadıklarını tanımlamaları istendi (Seligman, 1995). Bu araştırmanın olası eleştirisi bu katılımcıların

Amerika'nın nüfusuna oranla daha eğitimli olmaya meyilli olduğudur. Ankete katılanların eleştiri yaptığı konular:

- Profesyonel tedavinin hâlihazırdaki problemi ne kadar azalttığı;
- Kendilerine uygulanan tedaviden ne kadar memnun oldukları;
- Profesyonel müdahalenin sonucu olarak kendi genel duygu durumlarını nasıl değerlendirdikleri.

4100 cevaptan yaklaşık olarak % 90'ı, profesyonel tedavi yöntemi uygulandıktan sonra kendilerini daha iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Tek başına psikoterapi tedavisi ile psikoterapi ve ilaç tedavisi arasında farklılık olmadığı rapor edilmiştir ve katılımcılar herhangi bir şekilde belirli bir tedaviyi diğerine tercih ettiklerini ifade etmemişlerdir. Bu tedavi yöntemini uygulayan farklı profesyonel gruplar arasında, hepsinin yardımcı olduğu algılanmıştır ve özellikle psikologların, psikiyatristlerin ve sosyal hizmet uzmanlarının; evlilik danışmanları ya da aile doktorlarına göre daha etkili oldukları ifade edilmiştir. Böyle araştırmalarda özeleştirinin alışılagelmiş zayıflığından kaynaklı sorunlar yaşandığı ile ilgili küçük bir tartışma vardır; buna karşın, katılımcıların ihtiyaçları olduğu takdirde psikoterapi yardımına tekrar başvurup başvurmayacağı ve psikoterapinin ayaklı gazete gibi reklamını yapıp yapmayacağı çok kişisel bir durumdur. Olumlu ağızdan ağza reklam, geri dönüşüm bakımından, işinde en iyi olan psikologların elde edebileceği bir şeydir ve çok paralar harcanılsa bile satın alınamaz. Bu yüzden kontrollü tüketici memnuniyeti araştırmalarından elde edilebilen bilgileri konuya dahil etmek de mantıklıdır.

Daha önce tanımlandığı gibi, nicel değerlendirmeler, tablo değer incelemeleri ve meta-analiz olarak iki grupta kümelenir. Bir dizi tablo değer incelemesinden alınan sonuçlar, devamlı olarak, aktif psikoterapilerin etki yönünden oldukça benzer olduğunu ve tedavi edilen hastaların çoğunluğunun daha iyiye gittiğini göstermektedir. Diğer aktif tedavilerden daha etkili olan şey ise korku için davranışsal yüzleştirme tekniği kullanımıdır (Feske ve Chambless, 1995; Linden, 1981). Değişim boyutundaki oldukça dikkat çekici benzerlik, "herkes kazandı ve herkes ödüllendirilmeli" yorumunu kazanmıştır (Luborsky ve arkadaşları, 1975). Bu ifade, birçok hayvanın bir yarışta yer aldığı ancak farklı yönlere gittiği; hızları birbirleriyle doğrudan kıyaslanamayacağı için aslında ortada bir yarışın olmadığı *Alis Harikalar Diyarında* kitabından alınmıştır. Bu "herkes kazandı" sonucu romanda dodo kuşu tarafından ifade edilmiştir ve Luborsky'nin yorumu da bunun ardından **"dodo kuşu hükmü"** olarak isimlendirilmiştir.

META-ANALİTİK İNCELEMELER HANGİ SORULARA CEVAP VERMEYE ÇALIŞIR?

Tablo değer incelemesi (Tablo 13.1, sonuç tablosu olarak varsayımsal bir göstergedir) yeterli bulunmayan sonuçlar, daha üst düzey sorular sorulabileceği ve farklı sonuçlara ulaşılabileceği mümkün olduğu için psikoterapi etkileri araştırma dünyasını büyük

ölçüde değiştirmiştir. Meta-analizde sorulan bütün sorular verilen XX tedavisinin belli bir rahatsızlığı geçirip geçirmeyeceği ve XX tedavisinin diğer tedavilere göre daha iyi olup olmayacağıdır. İlk soru terapiyi takiben (öncesi-sonrası veya etki boyutu dahil) kişilerarası değişimlerin etki boyutları hesaplanarak cevaplandırılabilir; ikinci soru ise XX tedavisinin istatistiksel olarak kıyas tedavisinden (gruplar arası kıyas) daha önemli derecede büyük ölçüde etki boyutuyla ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği gösterilerek cevaplandırılabilir. Bu tip kıyaslama kıyas gruplarının oluşturulduğu kontrollü klinik çalışmaları gerektirmektedir. Bu yapıdaki tüm kıyaslamalar genellikle, tıpkı en hızlı yarışanın hangisi olduğunu belirlemek için atların aynı anda aynı start yerinden başlamaları gibi her terapinin doğrudan diğeriyle ilişkili olduğu "at yarışı kıyaslamaları" olarak nitelendirilir.

Okuyucuyu asıl sonuç verilerinin içine sokmadan önce, onlara eleştirel bakmayı sağlayacak bir gözlük seti vermek faydalı olabilir. Çoğu meta-analiz eleştirmenleri, haklı olarak, sonuçlar ne kadar açık görünseler de, çalışma seçim süreci karışık veya mantıksız ya da veri çıkarımı hatalı ise bu sonuçların bir işe yaramayacağını öne sürmektedirler. Bu eleştiri "çerçöp içeri girdi = çerçöp dışarı çıktı" şeklindeki deyimle adlandırılır. Bu yüzden gerçekten karşılaştırılabilir yöntemleri birbiriyle karşılaştırmayı ("ağır depresyona dair tüm psikolojik tedaviler" gibi), yazının, anlamlı, net ve tekrarlanabilir özelliği ile örneklendirmeyi ve veri çıkarım sürecinin de net, iyi açıklanmış olduğunu ve temel istatistik ilkelerini karşıladığını göstermek gereklidir (Rosenthal ve DiMatteo, 2001).

10. Bölüm'de oldukça detaylı şekilde tanımlandığı gibi, psikolojik terapi sonuçları, birçok demografik ve süreç özelliklerinden etkilenir ve meta-analiz bağlamında düşünülmelidir. Terapi getirileri aşağıdakilerden etkilenebilir:

- Terapistin deneyimi ve eğitimi
- Köken
- Hastanın cinsiyeti
- Terapistin cinsiyeti
- Hastanın yaşı
- Tedavi öncesi stres seviyesi
- Terapist ve hasta arasındaki iş birliğinin kalitesi
- Terapistin gerekli tedavi protokolüne uygun davranması
- Terapinin uzunluğu
- Aktarım şekli (bir tek hasta veya daha çok hasta)

Bu etken tipleri, rollerine bağlı olarak moderatör veya bağdaştırıcı etken olarak görülmektedir (Baron ve Kenny, 1986). Meta-analiz, sadece uygulanan tedavi için genel bir etki boyutu sağlamakla kalmaz, aynı zamanda sonucun nasıl olacağını açıklayan bağdaştırıcı etkenlerin de keşfine izin verir. Bu moderatörler ile yapılan çalışma, özellikle klinik uygulamalarında faydalı olabilir, çünkü moderatörler sadece hangi tedavi tekniklerinin uygun olduğunu belirlemekle kalmaz, bu tedavinin nasıl uygulanması gerektiğini ve hangi tip hastanın bundan en çok faydayı sağlayacağını da açıklar.

Örneğin; Linden, Phillips ve Leclerc (2007) "psikolojik kardiyak rehabilitasyonun" kadınlar için değil erkekler için etkili olduğunu ve kalp krizinden aylar sonra tedavi edilen insanlar büyük yarar sağlarken bu krizin hemen sonrasında tedavi edilen endişeli hastaların tedaviden fayda sağlayamadıklarını bulmuşlardır. Yapılan açıklama ise, birçok hastanın iyi destek aldığı, kişisel dirençlerinin fazla olduğu ve profesyonel yardım olmadan da çabucak iyileşebilecekleri; öte yandan olaydan 4-6 ay sonra bile hastalıkla baş edemeyenlerin en çok yardıma ihtiyaç duyacak olan kişiler olabilecekleri olmuştu.

Bir diğer hesaba katılması gereken önemli nokta ise hangi tür sonucun etki büyüklüğünün ne ifade ettiğidir. Buradaki temel soru, sonucun istatistiksel olarak önemli veya klinik olarak anlamı ya da her ikisinin de olup olmadığıdır. İdeal olan, iyi bir sonucun iki kritere de sahip olmasıdır; ancak, sonuç oldukça küçük etki boyutuna dayanırken klinik açıdan çok anlamlı olabileceği ya da bu durumun tam tersi olabileceği örnekler de mevcuttur. İstatistiklerin de dışında düşünülmesi gereken şey, belli getirilerin değerlerinin sonuçlarıdır. İyi bilinen Aspirin deneyi buna güzel bir örnek teşkil etmektedir, bu deney Aspirin alan aktif tedavi grubunun ölüm oranının plasebo alan gruba göre % 50 daha az olduğunu göstermektedir, bu da yalnızca $r = .034$ olan çok küçük bir etki boyutu ile gösterilmiştir (yaklaşık $d = .10$; The Steering Committee, 1989). Ancak kontrol grubundaki yüksek ölüm oranı çok soruna neden olmuştur, bu yüzden deney bu aşamada durdurulmuştur ve kalp rahatsızlıklarının oluşum riskini en aza indirmek için uygulanan klinik tedavilerinde düzenli olarak Aspirin verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık problemleri bakımından psikolojik müdahalelerin altın postu, psikolojik tedavi ile ömrü uzatmak olmuştur. Ancak, ömrü uzatma üzerine yapılan aşırı vurgunun, hastaların bu değişikleri aşırı anlamlı olarak görmelerine karşın, klişeleşmiş, stresi azaltan ve yaşam kalitesini arttıran tedavileri bir kenara itmesinden dolayı görünüşte önemli olan bu amaç bile çok fazla tartışmaya neden olmuştur (Coyne, Stefanek ve Palmer, 2007). Ayrıca, 17. Bölüm'de bahsedildiği gibi, hastaların kendileri, özellikle daha yaşlıysalar ve zaten sağlık problemleri var ise, en basit hâliyle daha çok acı anlamına geliyorsa daha uzun bir hayatın ille de arzu edilir olduğunu düşünmemeliler.

Psikolojik hizmetlerin pazarlanabilirliği açısından baktığımızda, bu hizmetler maliyeti ve yararı etkilediğinde ayrıca önemli olmaktadır. Bu bölümün ilerleyen sayfalarında bir kısım, aza indirgenmiş ilaç masrafları gibi psikolojik terapi uygulamasının finansal kazançlar ile dengede tutulup tutulamayacağı konusuna adanmıştır. Üçüncü el kurumlar-işverenler ve sigorta şirketleri gibi hastalarını çalışmaya geri döndüren, sakatlık maaşı süresini azaltan ya da hastaların acil servise gelme sıklıklarını, aile doktorlarını ziyaret etmelerini, hastaneye yatma isteklerini ya da tekrarlanan ameliyatları aza indirgeyen psikolojik terapi sonuçları ile heveslendirildiler. Birkaç örnek, bu konuyu güçlü bir şekilde destekleyebilir. Bir yılda kârı da dahil olmak üzere 80.000 dolar kazanan bir bireyin, şirkete her yıl 100.000 dolara mal olmakta olduğunu farz edelim. Bu birey, eğer yaralanmadan dolayı işe gidemiyorsa ve tabii ki iyi bir sigorta planı varsa 60.000 dolarlık sakatlık maaşı alabilir. Eğer böyle bir birey çok iyi bir psikolojik rehabilitasyonla beraber – böylesi bir yardım olmaksızın 2 yıllık bir süre yerine – 6 ay içine işine dönerse, 90.000 dolar tasarruf edilmiş olur. Terapi, her biri 150 dolarlık 20 seansı içerse bile; terapinin toplamda 3000 dolar etmesi, 87.000 dolarlık kesin bir tasarruf payı bırakmaktadır. Sakatlık sigortası şirketlerinin psikolojik terapilerle ilgilenmeleri boşuna değildir.

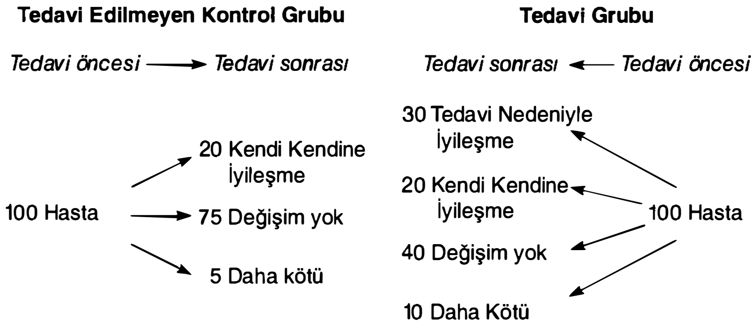
Alternatif olarak, bir klinik psikolog, –öz bildirim aracılığıyla değerini bulan egonun bir yandan güçlenmesi istenen bir sonuç olduğu– psikodinamik terapi yaklaşımıyla özel olarak ilgilenebilir. Eğer bu çalışmanın sonucu d = 1.2'nin etki boyutlarındaki ortalama bir grup kazanımıysa, o zaman istatistiklere göre, bu çok büyük bir etkidir ve psikoterapinin diğer sonuçlarıyla uygun karşılaştırma yapabilir. Ancak bununla birlikte böylesi bir sonuç için binlerce dolar harcayan bir sigorta şirketini ikna etmek oldukça zor olacaktır. Bu tür bir nedenle çalışılan bu tarz konuların (aşağıda maddelenen) sonuçlarını bir araya toplayarak meta–analizlerini yayınlayan pek çok araştırmacıya öncülük etti:

- Ölüm oranları
- Yeniden meydana gelen kritik olaylar (ikinci bir kalp krizi gibi)
- Azalan ilaç kullanımı ve doktora başvurmaların seyrekleşmesi
- Bir hastalığın biyolojik göstergeleri (kolesterol oranının düşmesi gibi)
- Önemli davranışsal sonuçlar (şiddet suçlusunun suça eğiliminde azalma gibi)
- Sıkıntıların öz bildirim ölçekleri

Bu sonuçların her biri aynı istatistiksel etki boyutuyla birleştirilebilir, fakat gerçek yaşama özen gösterme çıkarımı (aynı zamanda ekolojik gerçekliğe gönderimde bulunma anlamına gelir) işin içinde bulunan kişiye ve tedavinin amacına bağlıdır. Sonuçların farklı sınıflandırmalarının çeşitleri için, eğer psikoterapinin yararları gerçeğe yakın bir şekilde gösterilebilirse, o zaman bu tedavi şeklini psikolog olmayanlara satmak ve psikolojik servis için ödeme yapmaya gereksinimi olan sigorta şirketleri ile hastanesinde psikoloğa ihtiyaç duyan hastane yöneticilerini ikna etmek kolay olacaktır.

Tedavi sonuçları çalışmalarının yayınlanmasındaki temel odak noktası **grup dayanışmasıdır** ve grup içi değişmelerin çeşitliliğidir; bu yaklaşım, çalışmayı, istatistiksel analiz için gayet uygun bir hâle getirmektedir. Bu sorunun yanıtı klinik uygulama için çok önemli olsa da, bu türden bir bilgi hastanın kendisine ne olduğunu anlatmaz. Eğer kaygı bozukluğuyla doktora giden bir hastaysanız, hastalığın üstesinden gelmek için kaç seansa gereksiniminiz olduğunu ve iyileşme olasılığınızın ne kadar olduğunu bilmek istersiniz. Herhangi bir yerde benzer tedaviyi gören bir grup insana ne olduğunu pek umursamazsınız (bütün psikologların size söyleyebileceği şey bu olsa da). Bu yüzden, kontrol ve tedavi gruplarındaki insanlara ne olduğunu tam olarak anlayabilmek için araştırmacılar kaç tane hastanın gelişme gösterdiğine dikkat etmelidirler, kaç tanesinin değişmediğini saptamalıdırlar ve bazılarının kötüye gidebileceği olasılığını düşürmelidirler. Bir terapide rapor edilen ortalama değişikliklerin nasıl ortaya çıktığı Tablo 13.1'de titizlikle tanımlanmıştır.

Tıpkı dışarıdaki iki desteğin içerideki her bir destekle kıyaslanabilmesi farklı boyutlarda kelebek kanatlarına tatbiki gibi, her bir kelebek kanadı bir gruptaki değişim sürecini belirtir. Bu grafik, tedavi grubunun (M4) ortalamasının çarpıcı bir şekilde kontrol grubunun (M2) ortalamasından yüksek olduğunu, sonuçlarda düşündürücü bir değişkenlik barındırdığını gösterir. Çoğu kez, önemli gelişmeler sadece küçük grup hastalarda meydana gelir fakat bu, grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar



ŞEKIL 13.1 Tedavi etkileri kelebek diyagramı

üretırede yeterli olabilir. Bu, daha sonra başarılı bir terapi olarak adlandırılır; fakat, eğer rapor edilmiş daha yüksek oran, deneme yapılan hastaların yüzde 30'undan elde edilmişse, bu yeni terapiyi gerçek dünyaya sunmak isteyen hiç kimse ikna edici olamayacaktır. Sık sık unutulan nokta, hastaların daha kötüye gidebilecekleridir ve tedavinin herkes için yararlı olacağı düşünülmemelidir. Kesin etik nedenlere göre, bütün bireylerin sonuçlarına bakmak önemlidir ve tedavileri gerileme sürecine giren hastalardan alt bir grup olup olmadığı saptanmalıdır. Eğer böyle bir grup varsa, bu kötü sonucun tahmin edilip edilemeyeceğinin ve gelecek denemelerde önlenip önlenemeyeceğinin araştırılması zorunludur.

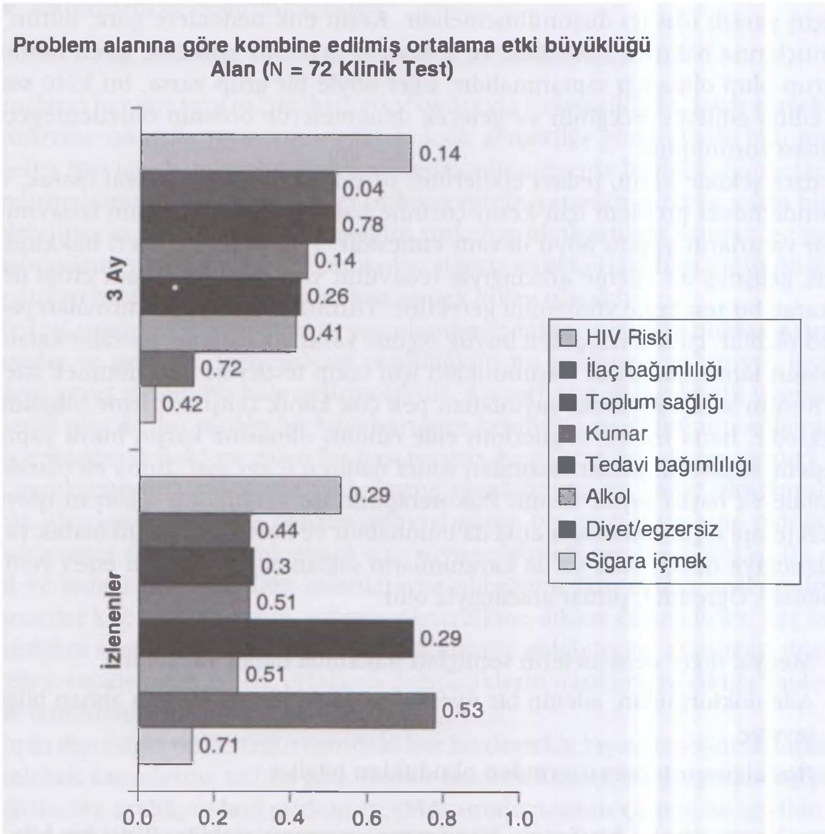
Benzer şekilde konu, tedavi etkilerinin süresinin sorusudur. İdeal olarak, elbette ki biz gündemdeki problem için kesin çözüme bakarız, bunun anlamı tedavinin gözlemlenen yararların yaşam boyu devam etmesidir. Psikoterapi etkileri hakkındaki bu varsayım, gelişmiş bir izleme aracılığıyla tedavinin yararlarının devam ettiği dereceyi açığa çıkaran bir test etme yöntemini gerektirir. Yürütülen izleme araştırmaları pahâli ve usandırıcı olabilir, çünkü terapiden büyük ölçüde yarar görseler de, hastalar kafalarında, araştırmanın tamamlandığını düşündükleri için takip testlerine geri dönmek istemeyebilirler. Bunun sonucu olarak, yayınlanan pek çok klinik çalışma izleme bilgisini rapor etmemektedir, hatta izleme bilgilerinin elde edilmiş olmasına karşın bunu yapmazlar, izleme işlemi tedavinin sonlanmasından sonra nadiren 6 ayı aşar. Buna ek olarak usandırıcı olabilecek başka şeyler vardır: Psikoterapinin işe yaramasını sağlayan işlevlerinin benzerleri terapi dışındaki ortamlarda da bulunabilir ve hastalar tesadüfi olarak ya tekrar rahatsızlanmaya neden olan ya da kazanımların sağlanmasına yardım eden yeni şeyler öğrenebilirler. Öğrenme, şunlar aracılığıyla olur:

- Medya, diğer denemelerin sonuçları hakkında haber yapabilir
- Aile doktorundan, ailenin bir üyesinden ya da bir arkadaştan alınan bilgi ya da tavsiye
- Hastaların internet üzerinden okudukları bilgiler

Amaçların kanıtı için iyi bir örnek, kilo verme programı olabilir. Birisi bir kilo verme programını tamamlayınca (neyse ki başarılı biriydi), kilo verme programlarındaki yeni uygulamalar hakkında medya tarafından önerilen yeni bilgilerle sürekli olarak pekişti-

rildi. Şu açıktır ki, bu tip bilgilerin şaşırtıcı etkisi vardır ve 1 yıllık bir süre içinde kilonun devamlılığının sağlanmasının, hastanın daha önceden katıldığı yapılandırılmış kilo verme programına dayandırılması gerekli değildir. Tedavi kazanımlarının sürmesi ile ilgili çalışmadaki diğer bir sorun şudur: "öncesi ve sonrası" testlerinde ilerleme gösteremeyen bazı hastalar izleme sürecinde önemli gelişmeler gösterirler. İzleme sürecinde önemli gelişmeler gösteren kişiler bazen "kuluçka dönemindekiler" diye tanımlanırlar ve terapinin kendisi bitene kadar büyümeye başlamamış bir tohuma eşdeğer olarak psikoterapi ile ilgili olguyu, muhtemelen en iyi açıklayan tanım budur. Linden ve arkadaşları (2001) stres yönetimli yaklaşımla yüksek tansiyonun tedavisinde böylesi bir olguyu incelediler. Gelişmiş bir izleme yöntemini uygulamayan bir araştırmacı, bu ilginç olguyu kaçırır ve tedavi yaklaşımının potansiyelini hafife alabilir.

Aynı mantık, çoklu uygulamalar için elverişli olan tedavinin bütün sonuçlara etkisinin eşit olarak iyi olup olmayacağı testine de uygulanabilir; aynı tedavi, bir uygulama için sürekli olmayan, kısa süreli yararlar üretebilir fakat diğer amaçlar için tedaviye yanıtta olumsuz yapıyı tetikleyebilir. Böyle etkiler dikkatlice değerlendirilmelidir ve motivasyonel görüşmelerin etkileri meta–analizinde titizlikle açığa çıkartılmalıdır (Hettema, Steel ve Miller, 2005; Şekil 13.2).



ŞEKİL 13.2 Problem alanına göre kombine edilmiş ortalama etki büyüklüğü (N = 72 Klinik Testi)

VAR OLAN META-ANALİZLERİNDEN NE ÖĞRENİLDİ?

Meta--analiz çok çabuk popüler oldu ve uygulaması kontrol edilemeyen bir orman yangını gibi yayıldı. Önceden, gidişatı belirleyen ve çok etkili olan 2 tane ana meta-analiz vardı. Bu analizlerin tablolarından birkaçı burada yeniden yayınlanmıştır ve biz şu tabloları seçerek buraya koyduk:

- Teknik fonksiyonu olarak tanımlanan sonuçlar (önceden 'at yarışı benzetmesi' olarak adlandırdığımız şeyi yansıtıyor; Tablo 13.2)
- Çok sayıdaki farklı uygulamalarla psikoterapinin genel etkilerinin gösterilmesi (farklı terapilerle birlikte derlenmiştir), (Tablo 13.3).

Bu ders kitabında yeni olarak daha önceki meta–analizlerinde olmayan ve beden sağlığı problemleri için psikoterapi uygulamalarının etkilerini de içine alan daha yeni psikoterapiler için etki boyutlarını listeleyen Tablo 13.4'ü oluşturduk.

Tablo 13.2 Smith ve Glass'ın (1977) meta–analizinden alınmıştır ve bahsi geçen her tip için, yani tedavi sonrasında söz konusu tedaviyi almayanlara göre daha iyi durumda olan hasta sayısını niteleyen yüzde değerinin yanı sıra "d" etki boyutu için de iki istatistik sunmaktadır. Aktif tedavi için genel etki boyutu (öncesi-sonrası testleri kıyaslama) d = 0.85'tir ve bu yüzden büyük etki olarak (standart dili kullanarak) sınıflandırılır. Ancak, etkilerde değişim vardır ve bunlar üzerine düşünülmeyi ve tartışılmayı gerektirir. Çoğu terapi 0.60-1.1 aralığına denk gelir, ancak iki tane

TABLO 13.2 Psikolojik Müdahalenin Bazı Formları için Ortalama Etki Boyutu (EB) ve Yüzde Değerleri

TERAPİ ŞEKLİ	EB	YÜZDE DEĞERİ (%)
Psikodinamik terapi	0.69	75
Danışan Merkezli terapi	0.62	73
Gestalt terapisi	0.64	74
Akılcı duygusal terapi (RET)	0.68	75
RET olmayan bilişsel terapi	2.38	99
Sistematik duyarsızlaştırma terapisi	1.05	85
Davranış değişikliği terapisi	0.73	77
Bilişsel davranışsal terapi	1.13	87
Farklılaşmamış danışmanlık	0.28	61
Psikolojik müdahalenin her türü	0.85	80

Not: Yüzde değerleri, etkisi söz konusu tedaviyi alan ve almayanların yüzdesini göstermektedir.
Kaynak Smith ve Glass'dan uyarlanmıştır (1977).

TABLO 13.3 Farklı Tedavilerin Etki Boyutları (EB): Tedavi Türü ve Hedef Kitleye göre EB Hesaplaması

HEDEF KİTLE	TEDAVİ TÜRÜ				
	Davranışsal	*Bilişsel*	*Dinamik/ Hümanist*	*Minimal*	*Toplam*
Anksiyete ve depresyon					
EB	.74	1.34	.40	.38	.67
x	21	1	5	3	30
Fobi					
EB	1.46	.92		.66	1.28
x	56	9		11	76
Fiziki/ alışkanlık problemleri					
EB	1.19	.37	.37	1.07	1.10
x	80	5	5	14	104
Sosyal veya cinsel problemler					
EB	1.08	1.19	.36	.55	.97
x	51	9	8	6	74
Performans anksiyetesi					
EB	.81	.97	.65	.36	.80
x	102	15	2	7	126
Toplam					
EB	1.06	.94	40	.71	.98
x	310	39	20	41	410

Not: x = grup sayısı

istisna vardır. Biri, farklılaşmamış danışmanlık için nispeten küçük bir etkidir. Diğerinin etki boyutu ise, bilişsel terapiler için oldukça şaşırtıcı görünen 2.38 olarak rapor edilmiştir. Ancak, bu sayının, ek olarak yapılan klinik deneyler ortalamaya regresyon etkisinde azalmaya neden olurken, nispeten az sayıda çok başarılı olmuş klinik deneye dayandığı da unutulmamalıdır. Bununla birlikte, bu veriler, en aktif tedavi ile çok benzer etki boyutları oluşturduğu için Luborsky ve arkadaşlarının (1975) "herkes kazandı ve herkes ödüllendirilmeli" dediğinde neyi kastettiğini de açıklamaktadır.

Tablo 13.3'te gösterilen veri, tedavinin uygulandığı farklı hedef problemlerin ve farklı tedavi tiplerinin iki boyutunu birleştirilmesinden dolayı, terapi etkilerini değerlendirme konusuna daha üst düzey bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Bu tablo Shapiro ve Shapiro'nun (1982) meta-analizinin izniyle yeniden basılmıştı ve biz de genel olarak gözlemlenen etki boyutlarını alıntı yaparak tartışma başlatmaktayız. Aktif tedaviler için ortalama etki boyutu (öncesi-sonrası testi) d = 0.93 - 0.85 arasındadır ve bize, farklı inceleme stratejilerinin ve farklı eleştirmenlerin büyük oranda karşılaştırılabilir sonuçlarla karşılaştıklarını, yani psikolojik terapinin genelde büyük bir öncesi-sonrası etkisi oluşturduğunu göstermektedir. Shapiro ve Shapiro (1982) farklı tedavileri daha az kategori altında toplamış (her birinde daha çok çalışma mevcuttur) ve daha dar bir etki boyutu bulmuştur.

TABLO 13.4 Çeşitli Müdahaleler ve Farklı Hedef Problemleri İçin Bildirilen Psikolojik Etkilerin Seçimi

TEDAVI YA DA UYGULAMA (YAZAR)	ÇALIŞMALARIN SAYISINDAN ETKI BÜYÜKLÜĞÜ HESAPLANMIŞTIR	ETKI BOYUTUNUN ÖNCESI VE SONRASININ KARŞILAŞTIRILMASI	TEDAVI KONTROLÜNÜN OLMADIĞI GÖRELI TEDAVI ETKISI IÇIN ETKI BOYU
Tedavinin türü			
Motive edici konuşmalar (Hettema ve ark. 2005)	72	.77 İzlem sürecinde.30'a kadar küçülme	
Yeme bozuklukları için bilişsel-davranış terapisi (Lewandoswski, Gebing, Anthony ve O'Brien, 1997)	26	Davranışsal ölçümler 2.2 Bilişsel yaklaşım ölçümleri 1.9 ölçümler	Davranışsal ölçümler 1.7 Bilişsel yaklaşım ölçümleri 1.7
Psikodinamik tedavi (Leichsenring, Rabung ve Leibing, 2004)	17	Hedef problem 1.39 Sosyal işlev.80 İzlem sürecinde puanları yükseltmek için eğilim	n/a
Çiftler için duygu odaklı terapi (Johnson ve ark. 1999)	7	n/a	1.34
Çeşitli uygulamalar			
Hipertansiyon (Linden ve Chambers, 1994)	12	Kan basıncı 1.16	n/a
Kanser hastalarında stresi azaltma (Osborn, Demoncada ve Feuerstein, 2006)	5 4	Depresyon 1.20 Kaygı 1.99	
Kronik ağrı (Flor ve ark. 1992)	104	Psikofizyolojik ölçümler 2.04 Duygudurum 3.11 Somatik.94	Psikofizyolojik ölçümler 0.84 Duygudurum 0.63 Somatik n/a
Otojenik egzersiz (Stetter ve Kupper, 2002)	60	Biyolojik ölçümler .68 Öznel ölçümler .75	n/a

Bilişsel davranışsal yaklaşımların, dinamik ve hümanistik ve minimal tedaviye göre etkisi daha büyüktür. En güçlü tedavi etkisinin kısmen davranış tedavisinde görülmesine karşın, motivasyonu sağlama ve kişilik değişimleri için tedavi olanlarda davranışçı tedavi, diğer tedavi yöntemlerine göre oldukça zayıftır, çünkü dinamik ve hümanistik terapiler bu uygulamalarda daha sağlam sonuçlara ulaştırır.

Tablo 13.3'te amaç, farklı teknikler için farklı etkileri göz önüne almadan, birçok tedavi yöntemi için psikoterapinin sebep olacağı farklı etkileri göstermektir. Burada biz "performans kaygıları" ya da "kaygı ve depresyon" gibi tedavi amaçlarının önemli kategorilerini görüyoruz ve bu kategorilerin her biri bu kategori içinde daha dar kapsamda tanımlanmış amaçlara indirgenir. Oldukça ayrıntılı olan bu tablodaki her numaraya değinmek istemezken, genel kaygı bozukluklarının eksikliği, topluluk önünde konuşma kaygısı ve kekeleme, fare ve uçuş korkusunun tedavisinin büyük etkileri gibi uç noktalara dikkat çekmek daha mantıklı olabilir (d > 2.0). Bunun yanı sıra, çeşitli meta-analizlerde var olan bilgi açıkça klinik psiklogların etkili tedavi yaklaşımlarının oldukça geniş birikimine erişim sağladığını belirtir. Önce-sonra değişimlerinin psikolojik terapilerin yaklaşık değeri için ölçülen tipik etki d = .08 ve 1.0 arasındadır.

Psikoterapinin sonuçlarının etkisi üzerine daha önce verilen bilgilerin miktarı oldukça ayrıntılıydı (umulur ki abartılmadan) ve hâlâ bu bile sadece psikoterapi sonuçları araştırmalarından yansıyan yazının incelenmesidir. Böyle bir bilgi yoğunluğunun karmaşaya yol açabileceği düşününce, iki araştırmacı psikolojik müdahalelerde değişimi ölçen yüzlerce meta-analiz sonuçlarına ulaştılar ve içlerinden en iyi meta-analizi seçmeye çalıştılar, bu da en iyi meta-analizin meta-analizi olarak adlandırılır (Lipsey ve Wilson, 1999). Bu açıdan birçok karmaşık gözlemler burada özetlenecektir. Daha önce listelenen daha "geleneksel" terapiler hasta değişimlerinde ortalama d alanlar üzerinde büyük etkisi vardır: .8 ve 1.0 arasında değişen önce-sonra etkiler (Lipsey ve Wilson, 1993). Minimal tedaviler (etkileri özgül olmayanlar) genellikle d = .3 ve.5 arasında değişen önce-sonra değişimlerine sahiptir yani terapötik birlik, destek ve normalleştirme gibi özgül olmayan faktörlerden tüm tedavi etkilerinin yarısı ile ilgili olan daha önceden belirtilen bir ifadeye geri dönüyoruz.

Psikoterapideki yöntem bilim öncüleri, araştırmacıları kalite standartlarına bağlı kalma konusunda zorlamışlardır çünkü bu şekilde bulgular güvenilir olacaktır. Kötü kalitedeki çalışmaların oldukça değişken ve güvenilmez sonuçlar yarattığı tahmin edilmekte idi. Lipsey ve Wilson'un (1991) araştırmaları dolaysız olarak bu soruların çoğuna hitap eder ve bize bazı şaşırtıcı sonuçlar sunar, yani yöntem bilim değişkeni tahmin edilenden daha az etkiye sahiptir. Burada en azından bazı örneklerin **sürpriz** sonuçlar elde edilmiştir:

- Yayınlanan çalışmalar, yayınlanmamış çalışmalara göre tedavinin etkililiğini yaklaşık olarak yüzde % 20 oranında fazladan tahmin eder, bunun sebebi zayıf etkililiği belirten araştırmaların yayınlanma olasılığının daha azdır.
- İyi kaliteli yöntembilim oranlarıyla yapılan çalışmalar daha güçlü ya da daha zayıf sonuçlara sebep olmazlar (d = .40 d = .37).
- Çok büyük örneklemle (n > 100) yapılan çalışmalar küçük olanlardan (n < 50; d = 0.35 d = 0.58) daha zayıf etkiler yaratır.

- Tedavi koşulları için rastgele yapılan çalışmalar, rastgele yapılmayan çalışmalardan benzer oranda veya daha büyük etkilere neden olur (d = 0.46 yüksek ve d = 0.41 düşük).

PSİKOLOJİK TERAPİLERİN MALİYET VERİMLİLİĞİ

Psikoterapinin yalnızca yaklaşık yüzyıldır var olmasına karşın, ilacın binlerce yıldır bilindiği ve psikolojik tedavi yaklaşımlarındaki gerçek çeşitliliğin yalnızca son 50 yıldır var olduğu düşünüldüğünde, klinik psikoloji sağlık alanında hâlâ çok yenidir. Bu yeni alanın görünürlüğünü ve pazarını yükseltmesi gerekmektedir. Psikoterapinin 10 sezonunu, cerrahi bir ameliyatın ya da uzun süre hastanede yatışlardaki maliyetin yalnızca küçük bir kısmına denk gelmesine karşın, bazı ameliyatların ve hastanede yatışların gerekliliği konusunda şüphe yoktur. Diğer taraftan, hastaların kendileri de eğer para ödüyorlarsa sigorta şirketleri gibi psikolojik servislerin ne kadar etkili ve maliyetinin uygun olduğunu bilmek istiyorlar. Dünya çapında sağlık harcamalarının patlamasını göz önüne alırsak klinik psikologların, servislerinin ne kadar etkili olduğunu ve maliyetlerin ne olduğunu göstermekten başka çaresi kalmıyor. Psikolojik terapilerin sistematik kullanımının toplamda sağlık maliyetini azaltması ve diğer giderler üzerinde de etkili olması en mümkün olan durumdur. Örneğin; iş kazaları, devamsızlık ve zayıf zihinsel sağlığın sonucu olan düşük üretkenlik ile ilgili olanlar. Veriler bize ne söylüyor? Biz gerçekten psikoterapi maliyetinin ekonomimizi nasıl etkilediğini gösterebilir miyiz?

Neyse ki, konu üzerinde faydalı ve birçok ilginç araştırma vardır ve klinik psikoloji, pazarda mükemmel bir pozisyondadır. Hunsley (2003) psikoterapi hizmetlerinin maliyet bedeli üzerinde var olan incelemeyi detaylı olarak sağlamıştır. Maliyet bedeli üzerine olan tüm çalışmaların % 90'ın tipik olarak % 20 ve % 30 arasında değişen maliyet bedellerine sebep olarak, azaltılmış sağlık bakım maliyetleri açısından kazanımın daha büyük olduğunu rapor etmiştir. Bir bütün olarak ekonomiyi değil de direkt sağlık bakım maliyetleri açısından yapılan bu analizlerin yalnızca tasarruf edilen miktarı gösterdiğini unutmayınız.

Fayda maliyet ya da maliyet bedel analizleri çeşitli derinliklerde ve detaylarda yapılabilir. Gerçek anlamda ayrıntılı olması için, diğer sağlık bakım masraflarıyla ilgili olarak böyle bir analiz sadece tedavinin ne kadara mal olduğunu tanımlamamalıdır aynı zamanda ekonomiye olan yararların değerlendirmesini de içermelidir (ör. işe erken dönüşün sağladığı ekonomik kazanım, azaltılmış devamsızlık ya da daha yüksek iş üretkenliği; Zhang, Rost ve Fortney, 1999). Bu gerçekten ayrıntılı bir değerlendirme olabilir; ama bu derinlikte bir analizi yapmak oldukça zordur ve tipik klinik deney araştırmacısının aracılığından daha ötede olması muhtemeldir.

Hunsley'in (2003) ulaştığı sonuç iyi bir uygulama örneği oluşturmaktadır. Bu uygulamada, her bir değişime dolar bazında değer biçilen; değişimin her ayrıntısına ve sağlıkla alakalı her davranışa dair yapılan değerlendirme olabilir. Bazı tıbbi sistemlerde akut bakımlı hastane yatağında bir gün harcama ya da bir doktoru ziyaret etmenin ortalama ücreti üzerinde bilgi çıkarmak mümkündür.

Böyle bir değerlendirmenin sadece tedavinin etkinliğini hesaplamayan aynı zamanda aktif tedavi maliyetleri ve kontrol grubunun bilgisinin kıyaslamasını hoş bir biçimde sağlayan iyi bir örneği Linehan ve Heard (1999) tarafından oldukça küçük ölçekli diyalektik davranış terapilerinden sağlanmıştır (DBT, kişilik bozukluklarında kullanılan bilişsel

TABLO 13.5 Maliyet Verimliliği Göstergesi Örneği

SAĞLIK BAKIM MALİYETİ DEĞİŞKENLERİ	DİYALEKTİK-DAVRANIŞSAL TERAPİ (N = 22) DOLAR BAZİNDA	KONTROL GRUBU (N = 22) DOLAR BAZINDA
Ayakta tedavi masrafları (bireysel ve grup tedavisini içeren)	5410	3938
Psikiyatrik tedavi maliyeti		
Acil servis vakaları	216	543
Tıbbi hastane günleri	342	1094
Doktor günleri	712	621
Toplam tıbbi maliyet	1270	2258
Temel toplam maliyet	**9291**	**18275**

Kaynak: Linehan ve Heard'den alınmıştır (1999).

terapinin çok uygun bir türüdür). Linehan ve Heard (1999) sadece tedavinin etkililiğini karşılaştırmamış, dahası deney grubu ve kontrol grubu arasındaki maliyet verimliliği karşılaştırmasını da yapmıştır. Bu veriler Tablo 13.5'te gösterilmiştir.

Diyalektik davranışsal terapi (DDT) ile tedavi edilen grup kontrol grubundan aktif tedaviler için daha büyük bir başlangıç maliyeti gerektirir ama her iki grup için eklenen gerekli sağlık bakımıyla ilgili sonraki maliyetler detaylı olarak hesaplandığında, DDT grubu kontrol grubu olarak sağlık bakım maliyetinin yarısına mal olur ve bu yüzden fayda maliyet açısından terapi gören grubun maliyeti net bir şekilde daha azdır.

TERAPİ SONUÇ ARAŞTIRMALARINDAN BİLGİ AKTARIMI KONUSUNDA TARTIŞMALAR

Psikoterapinin etkili olduğunu gösterme ve bu bilgiyi piyasaya sunma büyük ölçüde klinik psikoloji topluluğu tarafından desteklenir; ancak, bu bilgilerin sigorta şirketleri tarafından hangi tedavi tipinin ödemesinin yapılacağına dair nasıl kullanılacağı, bu bilgilerin hangilerinin öğrencilere öğretileceği ve terapi uygulayıcılarına hangilerinin özellikle önerileceği konuları çok tartışmalı konulardır (Herbert, 2003). Bu bilginin uygun kullanımı hakkında zorlu konuları tartışmadan önce kanıtın kendisiyle başlayalım.

Psikoterapi sonuç araştırmacıları rutin olarak terapinin etkinliğini belgelemek için hem nitelik hem nicelik yapısının inceleme kağıtlarını yazmaları alanın yapısal bir geleneğidir (DeLeon, VandenBos ve Cummings, 1983). Durum değerlendirmenin işin gelişimi açısından yararlı olacağı ve konu üzerinde gelecekteki araştırma aktiviteleri için yol haritası olacağı üzerine yaygın bir ortak görüş vardır. Aynı zamanda, bu sağlık bakım yöneticilerini ve sigorta şirketlerini paralarını en iyi şekilde nasıl yatırabilecekleri hakkında bilgilendirebilir. Bireysel araştırmacıların incelemelerinin aynı ön yargıların kıskacında olduğu varsayılırsa, daha büyük profesyonel organizasyonlar ve en iyi hasta bakımıyla ilgilenen kurumlar da

karar vermede rehber olarak hizmet edecek olan bulguların basacak olan uzlaşmış komiteleri oluşturmaları için; araştırmacı grupları, düzenli bir temele çağırır. Böyle bir uzlaşma komitesinin oluşturulmasının mantığı belki 10 uzmanın beraber çalışması sırasında bile, bireysel bir araştırmacının ön yargıları olabilir. Böyle bir çalışma, ön yargıların dışarda tutulması ile ulaşılabilir bilginin tüm yönleriyle daha iyi temsil edilmesini sağlar. Mümkün olan her yerde bireysel gözlemciler ve uzlaşma komiteleri meta-analizi sonuçlarına ulaşmalarına yardımcı olma açısından ya da elde edilebilir en iyi kanıttan alternatif olarak faydalanabilmeleri için kullanılır (ayrıca bk. araştırma yöntemleri ve terapi sonuç dizaynlarının kalite oranlarını için Bölüm 3). Onlar bilgideki boşluğu dolduracaklar ve gelecek araştırmalar için ajandalar oluşturacaklardır.

Daha önceki bölümlerde neyin işe yarayıp; neyin işe yaramadığı hakkındaki terapi sonuç araştırmaları literatüründen kanıtlar sunduk ve bir tekniğin diğerinden üstün olduğu at yarışı kıyaslamaları olarak adlandırılan sistemi sunduk; bunlar çok ilginç sonuçlar sağlamazlar çünkü hastalar, terapi kalitesi ve terapi süreci değişkenleri gibi diğer önemli terapi özelliklerini önemsenmezler. İyi haber şudur ki literatür oldukça tutarlıdır (Lipsey ve Wilson,1993); meta-analizlerin büyük bir kısmı tekrar ve tekrar onaylanır ki psikolojik terapilerin önce-sonra değişimler için tipik etkisi d = 0.8 ve 1.0 arasındadır. Bireysel çalışmalar benzer çalışmaların bir analiz içinde toplandığı zamankinden bazen fark edilebilir büyüklükte etkiler gösterebilir, bu heyecan verici büyük etkiler yaklaşık olarak aynı değer olan d = 1.0'a denk düşer. Şaşırtıcıdır ki özgül terapi tekniklerinin özel klinik problemlerle uyuşuğu etki boyutları d = 1.0'ı aşabilen oldukça az vaka vardır. Böyle vakaların ilk örnekleri yüzleştirme temelli, fobiler için bilişsel davranışsal terapiler ve PTSB'dir (Smith ve Glass, 1977 Van Etten ve Taylor, 1988). Aynı zamanda, hasta odaklı terapilerin bilişsel davranışsal ya da kişiler arası terapilerden toplam olarak daha az etki yarattığına dair bir kanı vardır (Robinson, Berman ve Neimeyer, 1990). Bazı terapi yaklaşımları ile bağdaştırılmış çok az sonuç yazını bulunmaktadır. Çünkü onların yaratıcıları ve propagandacıları, onları tıbbi bir model için uygun terapilerden daha çok gelişme ve güçlenme yöntemi olarak görüyor ve terapi araştırma sonuçlarını tamamen azımsıyorlar. Bu özellikle de Gestalt terapisi için doğrudur (Perls, Hefferline ve Goodman, 1951). Sistematik yaklaşımlar (seçkisiz bir şekilde seçilmiş deneklerle düzenlenmiş klinik deneylerinden elde edilen) ulaşılabilir çok az deneysel kanıt vardır. Bu durumda, kanıtların azlığının nedeni; muhtemelen sistematik terapinin, terapi teknikleri ile birlikte kılavuzla yürütülen tedavilerin tutarlı bir bütünü dense de daha çok felsefe, sosyal etkileşimler ve yaşam üzerine olmasından kaynaklanmaktadır. Aslında kendisini standart terapiye götüren sistematik terapi için yazılı bir kılavuz yoktur.

Şimdiye kadar, psikodinamik kaynaklı tedavilerin klinik faydalarını destekleyen sağlam bir literatür vardır (Crits-Christoph, 1992) ve literatüre yapılan bu son eklemeler bu yaklaşımların etkinliği hakkında Shapiro ve Shapiro (1982) ve Smith ve Glass'den (1977) çok daha güçlü destekleyici sonuçlar içerir. Ancak, bu gözlemlerin oldukça kısa dönemli tedavilerin etkilerini tanımladığı ve uzun dönem geleneksel psikanalizle faydaların kıyaslayan neredeyse hiçbir kanıtın olmadığı unutulmamalıdır. Bu bölümde aynı zamanda psikoterapinin özgül olmayan etkilerinin (iyi bir iş birliği yaratmak, sıkıntıların dışa vurumuna izin vermek, umut vermek gibi) psikoterapi sonuçlarının etkisinin yarısına karşılık geldiğini öğrendik (Luborsky ve arkadaşları, 2002; Strupp ve Hadley, 1979). Bunun anlamı şudur ki yeni terapilerin yaratıcıları nazik ve ilgili olduklarında, mantık silsilesinin kötü kurgulandığı kulağa tuhaf gelen tedavi yaklaşımlarına sahip olsa bile küçükten orta dereceye kadar tedavi yararlarını sunma kolaylığı içinde olacaklardır. Diğer taraftan, yeni bir tedavi türünün, özgül olmayan etkilerden daha büyük bir fayda sağlayacağını göstermek oldukça zordur. Bunun sonucu olarak, ellerinde yeterli istastiki kanıt

olduğunu ve buna bağlı olarak büyük bir örnekleme sahip olduklarını göstermeye ihtiyacı olan terapi sonuçları araştırmacıları epeyce bir zorlukla yüz yüze geleceklerdir; çünkü kendilerinin yeni keşfettiği tedavinin sonuçları ile özgül olmayan tedavi elementlerinin (iyi bir iş birliği yaratmak, sıkıntıların dışa vurumuna izin vermek, umut vermek gibi) istatistiki olarak farklı olduğunu güvenli bir şekilde kanıtlamak zorundadırlar.

Psikoterapi gören insanların büyük çoğunluğunun bundan faydalandığını gösteren terapi sonuç bulgularının sürekliliği göz önüne alınırsa, araştırmacılar daha çok at yarışı kıyaslaması yürütmeye olan heveslerini büyük ölçüde kaybetmişlerdir. Araştırmacılar şimdi daha çok hangi faktörlerin terapi süresini uzattığını ve hangi tedavi eşleştirmesinin tedavide uygulanmasının en iyi sonucu verdiğiyle ilgileniyorlar. Psikoterapi alanında, 12. Bölüm, Klinik Psikolojisi, Amerikan Psikolojik Birliği neyin görgül olarak geçerli terapiler olduğuna karar veren sağlam bir komite kurmuştur (APA Task Force, 2006). 3. Bölüm'de tanımlanan oran sistemlerini kullanarak müdahaleler ve sonuçları görgül olarak geçerli terapilerin bir listesi olacaktır. Böyle bir listenin dolaylı amacı uygulayıcılara danışanları için doğru terapiyi seçmelerinde yardımcı olmak, kli-

TABLO 13.6 Desteklenen Tedavilerin APA Listesi

İYİ DÜZENLENMİŞ DENEYSEL GEÇERLİKLİ TEDAVILERIN ÖRNEKLERİ (DGTÖ)

Kaygı ve stres bozuklukları
- Panik bozuklukları için bilişsel davranış terapisi (agorafobili ya da agorafobisiz)
- Genelleştirilmiş anksiyete bozuklukları için bilişsel davranış terapisi
- Agorafobi için maruz bırakma tedavisi
- Özgül fobiler için maruz bırakma veya uzman rehberliği
- Obsesif kompulsif bozukluk için maruz bırakma ve tepki önlemesi
- Strese neden olanların üstesinden gelmek için stresle baş etme eğitimi

Depresyon
- Depresyon için davranış tedavisi
- Depresyon için bilişsel terapi
- Depresyon için kişiler arası terapi

Sağlık problemleri
- Baş ağrısı için davranış tedavisi
- Romatizmal hastalıklarla bağdaştırılan ağrılar için çok bileşenli bilişsel davranış terapisi
- Sigara bırakma için sigaraya geri dönmeyi önleyen çok bileşenli bilişsel davranış terapisi
- Bulimya için bilişsel davranış terapisi

Çocukluk problemleri
- Enürezis için davranış düzenlemeleri
- Karşıt tepkili çocuklara sahip ebeveynler için eğitim programları

Evlilik problemleri
- Davranışsal evlilik terapisi

Kaynak: Chambless ve arkadaşlarından uyarlanmıştır. (1998). Deneysel geçerli terapilerde güncelleme, II. *Klinik Psikologları,* Klinik Psikolojinin Ayrımının İzniyle 53-16, Amerikan Psikolojik Birliği.

TABLO 13.7 Biyo Geri Bildirime Dayalı Tedaviler İçin Etkinlik Oranları

Etkili ve özgül (beşinci seviye):

1. Kadınlarda idrar kaçırma

Etkili (dördüncü seviye):

1. Kaygı
2. Dikkat Eksikliği Bozukluğu
3. Baş ağrısı—Yetişkin
4. Hipertansiyon
5. Şakak kemiği ve altçeneye ait bozukluklar
6. Erkeklerde idrar kaçırma

Muhtemel etkili (üçüncü seviye):

1. Alkol bağımlılığı ve madde kullanımı
2. Artiris
3. Kronik ağrı
4. Epilepsi
5. Dışkı atım bozuklukları
6. Baş ağrısı—pediatrik migrenler
7. Uykusuzluk
8. Travmatik beyin rahatsızlıkları
9. Vulva Vestibulit bölgesinde yangı

Muhtemel etkili (ikinci seviye):

1. Astım
2. Kanser ve HIV, bağışıklık sistemine etkileri
3. Beyin felci
4. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
5. Depresif bozukluklar
6. Şeker hastalığı (Diabetes mellitus) organda meydana gelen rahatsızlık
7. Fibromiyerji
8. Ayak ülseri
9. Elde kas gevşekliği (distonisi)
10. Huzursuz bağırsak sendromu
11. Mekanik vantilator
12. Hareket hastalığı
13. Kalp krizi
14. Travma sonrası stres bozukluğu
15. Raynaud's hastalığı
16. Aşırı kullanma sonucu kas incinmeleri
17. Felç
18. Kulak çınlaması (Akufen)
19. Çocuklarda idrar kaçırma

Deneysel olarak desteklenmeyenler (kanıtın ilk aşaması):

1. Otizm
2. Yeme bozuklukları
3. Çoğul doku sertleşmesi
4. Omurilik incinmeleri

nik psikologlara sigorta şirketlerinden destek almak için yardım etmek; hastane yöneticilerinden bu tedavileri kullanmak için destek almaktır. Tablo 13.6 ve 13.7, sırasıyla, en yakın zamanda toplanmış olan Bio-geribildirim ve Uygulanmış Psikofizyoloji Birliğinden gelen eş liste gibi Amerikan Psikoloji Birliği tarafından üretilmiş görgül olarak geçerli terapilerin listesini sunar (Yucha ve Gilbert, 2004).

Birçok izleyici ve eleştirmenin inandığının tersine, bu listeler çok fazla uzundur bu da klinik psikolojinin hastalara ve sağlık bakım sistemine sunmaları için çok fazla miktarda değerli deneyime sahip olduğunu işaret eder. Bazı terapi türlerinin yalnızca tek özgül uygulama için görgül geçerliği olduğunun düşünülmesi hem ilginç hem de dikkate değerdir ve bu bazı bozukluklar için (ör. depresyon) her zaman seçilebilecek birden fazla geçerli terapi vardır. Bu listeler rehber eğitim programlarında klinik psikologlar için oldukça yararlıdır çünkü öğrencilerini terapi yetenekleri ile donatmayı, etkili olarak bilinen ve mezunların kendilerini piyasaya sunmasını isterler.

SONUÇ

Psikoterapinin etkileri üzerine gittikçe gelişen ve büyük bir literatür ve tedavinin hiç tedavi olmamaktan iyi olduğunu dair sürekli kanıtları vardır. Tedavinin ortalama etkisi büyüktür (meta-analizin dilini kullanarak söylersek). Bu bilgi yaklaşık olarak 30 yıldır bilinmektedir ve temel sonuçları oldukça sabit olduğundan, tekrar ve tekrar uygulanmaktadır. Çok az aktif tedavinin (ya da tedavinin hedef problem üzerinde özgü uygulamaları) diğer aktif tedavilerden daha üstün olduğu gösterilmektedir. Ve gerçek klinik dünyasında birçok tedavi hastalara maksimum faydayı sağlamak için çok kısadır

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Şüphesiz ki, klinik psikologların, danışanlarımızın, bizim çabalarımızdan faydalandığı güçlü ve sürekli kanıtlar bulunur. Ancak, işi hem bilim hem de sanatsal olarak tanımladığımızı unutmayınız çünkü karşılaştığımız her problem araştırma çabaları ile çözülemez ve yayınlanmış literatür her zaman uygulamalarımıza bir rehber değildir. Bazı terapileri etkili olarak tanımlamak var olan diğer terapilerin dolaylı olarak daha az etkili olarak etiketlenmesine sebep olur ve onları uygulayanlar kendilerini dışlanmış hissederler ve kendilerini belki de klinik psikolojisinde ikinci sınıf vatandaş olarak görürler. Deneysel olarak geçerli terapilerin listesinde olmak genellikle bir sigorta şirketinin bilişsel davranışsal terapi ile fobilerin tedavisi için maddi destek sağlaması anlamına gelir, örneğin; eğer bir psikanalitik yaklaşım sunulursa tedavi için para sağlanmaz. Bu kararlar direkt olarak pratisyenlerin değişen teorik oryantasyonlarla uygulamalarını nasıl yönlendireceklerini etkiler (ve bu yüzden onlar, bu sınıflandırma sisteminin destekleyicileriyle tartışmalıdır). Yeni psikoterapilerin gelişiminin zamansız duruşunu önlemek için, bu yüzden görgül olarak geçerli terapilerin listelerinin devamlılığını sağlamanın avantajları ve dezavantajları düzenli bir temelde güncellenmesi gereken ve incelenmeye ihtiyaç duyulan canlı belgeler olarak düşünülür. Aynı zamanda, varlıklarından kaynaklanan potansiyel problemler hakkında bilinç kazandırılmalıdır. Burada listelere karşı anahtar tartışmalar vardır (ya da en azından sıkı ve dogmatik bir kullanımı):

1. Listenin bulunması gelecek vaat eden ve yenilikçi terapiler kullanarak bu alandaki ivmeyi azaltır.
2. Hastanın en etkili yaklaşım kabul edilen yaklaşıma iyi cevap vermeme ihtimali her zaman vardır ya da hastanın zayıf bağlılığa sebep olan bir öznel hoşnutsuzluğu olabilir.
3. Mezun yetiştirme programları deneysel olarak güncel tedavilerin uygulanması için gerekli yetenekleri öğretme ihtiyacını dikkatlice dengelemek zorundadır ama aynı zamanda gelecek olan klinik psikologlarını açık fikirli olmaları ve listeden çıkarılan uygun tedavi yöntemiyle hastanın probleminin tek bir teknik uyumundan daha fazlasını düşünmeleri konusunda cesaretlendirilmelidir. Aslında, yüksekokuldaki eğitimlerin çoğu klinik psikologları; bireyin koşullarının değişkenliğine uygun, bireyselleştirilmiş tedavi planı yaratırken ustalıkla düşünülen bir uygulama için hazırlar. Problemlere uygun tedavileri

karşılayan bir yemek kitabı gibi psikologlara eşsiz teknikerler gibi görünmesini sağlar, işi ve ayrıntılı eğitim tekniklerini zedeler.

4. Büyük inceleme komitesini yeni bir tedavi araştırma projesini desteklemeye ikna etmek zor olacaktır çünkü zaten bahsi geçen problem için iki (ya da üç) etkili yöntem vardır. Yani, yenilikçi araştırmaları destekletmek daha zor olabilir.

Güncel ekonomik gerçekler göz önüne alınırsa, tüm deneysel geçerliğinin dogmatik karşıtları ve listelerin basımının tartışma konusu olabilmesi neredeyse mümkün değildir. Sorumluluğun arandığı ve her sağlık bakımı ücreti için rekabetin olduğu bir dünyada, araştırma kanıtlarını önemsemeden sağlık için harcama yapmak onaylanamaz. Aynı zamanda, serbest piyasanın hüküm sürdüğü dünyada, bilgili bir danışanın gerçek hiçbir kanıtın olmadığı ve oldukça tartışmalı olduğu düşünülen bazı yöntemleri uygulamak yerine görgül geçerliği olan terapilerin uygulamasını tavsiye eden bir terapiste iyi para kazandırması daha muhtemeldir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Anlatılanların incelenmesi (Narrative review)
Büyük etki (Large effect)
Dobo kuşu kararı (Dodo bird verdict)
Ekolojik geçerlik (Ecological validity)
Etki boyutu (Effect sizes)
Gurup ortalaması (Group means)
Kuluçka sürecinde olanlar (Sleepers)
Kutu değerleri (Box scores)
Kutu değer incelemeleri (Box score reviews)
Meta-analiz (Meta-analysis)
Ortalamaya regresyon (Regression to the mean)
Özel sonuçların değeri (Value of particular outcomes)
Şaşırtıcı etki (Confounding effect)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. En aktif tedaviler neden aynı benzer yararlar ortaya çıkarmaya eğilimlidir?
2. Bir terapinin işe yarayıp yaramadığına karar verirken en önemli kriter hangisidir?
3. Terapi başarısını kim tanımlamalıdır: hastalar, sigorta şirketleri ya da terapistler?
4. Psikoterapi araştırmasında en acil ve çözümlenmemiş sorular nelerdir?
5. Hangi terapistler en iyi tedavi sonuçlarını üretirler?

KAYNAKÇA

APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61,* 271–285.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173–1182.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162,* 214–227.

Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice, 55*(513), 305–312.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 149,* 151–158.

Coyne, J. C., Stefanek, M., & Palmer, S. C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: The conflict between hope and evidence. *Psychological Bulletin, 133,* 367–394.

DeLeon, P. H., VandenBos, G. R., & Cummings, N. A. (1983). Psychotherapy—Is it safe, effective, and appropriate? The beginning of an evolutionary dialogue. *American Psychologist, 38,* 907–911.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319–321.

Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 26,* 695–720.

Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain centers: A meta-analysis. *Pain, 49,* 221–230.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents.* New York: Guilford.

Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification, 27,* 3.

Hilgard, E. R., Crawford, H. J., & Wert, A. (1979). The Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test (SHâliT): A six-minute hypnotic induction and measurement scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 27,* 111–124.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 91–111.

Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and cost offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology, 44,* 61–73.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and practice, 6,* 67–79.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 61,* 1208–1216.

Lewandoswski, L. M., Gebing, T. A., Anthony, J. L., & O'Brien, W. H. (1997). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review, 17,* 703–718.

Linden, W. (1981). Exposure treatments for focal phobias: A review. *Archives of General Psychiatry, 38,* 769–775.

Linden, W., & Chambers, L. (1994). Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 16,* 35–45.

Linden, W., Phillips, M. J., & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal, 28,* 2972–2984.

Linden, W., Len, J. W., & Con, A. (2001). Individualized stress management for essential hypertension: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine, 161,* 1072–1080.

Linden, W., & Satin, J. R. (2007). Avoidable pitfalls in behavioural medicine outcome research. *Annals of Behavioral Medicine, 33,* 143–147.

Linehan, M. M., & Heard, H. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. In N. Miller & K. Magruder (Eds.), *The cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers and policy-makers* (pp. 291–305). New York: Oxford Press.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48,* 1181–1209.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 2–12.

Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32,* 995–1008.

Osborn, R. L., Demoncada, A. C., & Feuerstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 36,* 13–34.

Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy.* New York: Julian Press.

Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108,* 30–49.

Rosenthal, R. (1983). Assessing the statistical and social importance of the effects of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 4–13.

Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology, 52,* 59–82.

Rosnow, R. L., & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counternulls on other people's published data: General procedures for research consumers.*Psychological Methods, 1,* 331–340.

Sedlmeier, P., & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies? *Psychological Bulletin, 105,* 309–316.

Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50,* 965–974.

Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92,* 581–604.

Smith M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752–777.

Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. (1989). Final report on the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *New England Journal of Medicine, 321,* 129–135.

Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training. A meta-analysis of clinical outcome studies: A replication and refinement. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27,* 45–98.

Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1979). Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1125–1136.

Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 5,* 126–144.

Yucha, C., & Gilbert, C. (2004). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback. Association for applied psychophysiology and biofeedback.* Colorado Springs, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.

Zhang, M., Rost, K. M., & Fortney, J. C. (1999). Earnings changes for depressed individuals treated by mental health specialists. *American Journal of Psychiatry, 156,* 108–114.

14. BÖLÜM

YENİLİKÇİ VE MİSTİK TERAPİLER*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

11 ve 12. bölümlerde kullanılmakta olan temel yöntemler (mesleğini icra etmekte olan psikoterapistlerin önemli bir bölümünün geçim kaynağı olan yöntemler) olarak kabul edilen psikolojik tedavi yöntemlerine giriş yapılmıştı. Bu kitap içerisinde kullanılmakta olan temel terapi yöntemlerine, Freud'un, gelecekteki çalışmalara zemin hazırlamış olan psikanaliz çalışmalarından başlamak üzere geliştirilme sıralarına göre yer verilmiştir. Bu literatüre ve terapi uygulamalarına yapılacak son önemli ekleme ise (12. Bölüm'de betimlendiği üzere) bilişsel terapi, kişiler arası terapi (Bölüm 11), motive etmeye yönelik mülakatlar ve duygu merkezli psikoterapi alanda süregelen gelişmeler olmuştur.

Tedavi yaklaşımları ile ilgili bu ek bölümün üç hedefi bulunmaktadır:

1. Okuyucuya, bir şekilde gizemini korusmuş ve/veya çok yeni ancak hızla popülarite kazanmakta olan tedavi yöntemlerini tanıtmak.
2. Bu tedavi yaklaşımlarını tanım, mantık ve yöntemlerine yönelik eleştirel bir bakış açısıyla sunmak, potansiyelini ve bilinen sınırlarının altını çizmek ve iddia edilen temel işleyiş mekanizmalarının gösterilip gösterilmediğini belirlemek.
3. Her yeni tedavi yaklaşımı ortaya konduğunda, okuyucuyu çıkan genel sorunlara karşı duyarlı hâle getirmek ve onlara yenilikçi tedavileri eleştirel bir bakış açısıyla analiz etmek için gerekli olan araçları sağlamak.

TEDAVİDE ÖZGÜNLÜĞÜN VE TEKLİĞİN TANIMLANMASI

Klinik psikoloji statik bir alan değildir: Tekrar değerlendirilmesi gereken yeni kanıtlar ortaya konulmakta ve davranışsal değişiklikler sağlamak ve insanların çektikleri acıyı azaltmak adına yaratıcı yeni yaklaşımlar (ya da sözüm ona yeni yaklaşımlar) sürekli olarak ortaya sunulmaktadır. Bu gibi yenilikler ve ilgili teknikler her ne zaman sunulursa

* Çeviren: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPİ BOOTHBY

sunulsun, yalnızca mevcut olan bir yönteme yeni bir isim verilip verilmediğinin (öncü kişinin kariyerinde ya da kazancında bir gelişmeye neden olup olmadığının) ya da gerçekten klinik psikologların alet çantasına yeni bir aracın eklenip eklenmediğinin sorgulanması önem taşımaktadır. Birçok büyük şehirde yerel olarak çıkarılan ve yerel kültür ve alternatif yaşam tarzlarına hizmet eden gazeteler ve bu gazetelerde bulunan reklamlar bu toplumda sunulan reklam 14.1 numaralı kutuda verilmiş ancak telif hakları ihlaline sebep olmamak adına bazı kısımlar yeni sözcüklerle ifade edilmiştir. İçerdikleri iddialar ve yöntemlerin tanımları örnek olarak sunulmuştur.

Bu reklamlar çok geniş çapta hizmetler sunmaktadır. Hatta zaman zaman şaşırtıcı (ve sıklıkla inanılmaz) vaatler vermekte ve çoğunlukla belirsiz ve ezoterik bir dile sahiptir.

KUTU 14.1

ALTERNATİF TERAPİLER VE EĞİTİM ÇALIŞTAYLARI İLE İLGİLİ YEREL GAZETELERDE ÇIKAN REKLAMLARDAN SEÇİLMİŞ VE DEĞİŞTİRİLMİŞ ÖRNEK METİNLER (TELİF HAKLARINI İHLAL EDECEK FOTOĞRAF, GRAFİK VE BELİRLEYİCİ BİLGİLER ÇIKARILMIŞTIR)

1. Reklam

Derin İnanç Mühendisliği, Kurucusu *Albert F* (PPSEC Tesçilli)
Profesyonel Belgelendirme Programı: Bu nazik ama güçlü yaklaşım süregelen, kesin ve anlamlı değişikliklere yol açar. Kuzey Amerika'da 1986 yılından itibaren mükemmel bir itibara sahiptir. 4 günlük temel bir eğitim sunuyoruz.

2. Reklam

Sevgi Şifadır, *Anna P,* Doktora (PhD), Reiki Master
Reiki, kristaller ve değerli taşları, kanallanmayı, Cranio-Sacral masajı, aromaterapiyi ve renklerle tedaviyi beraber kullanarak şifa seansları sunuyorum. Geçmiş yaşam regresyonları ve derin trans deneyimleri de mevcuttur. Kristal ve değerli taş terapisi yanında Reiki I, II, III ve IV için eğitimlerimiz devam etmekte olan çalıştaylarımızda verilmektedir.

3. Reklam

Sezgi:
Hem kendinizin hem de etrafınızdakilerin en uygun iyilik durumunu sağlayan enerji kitlesini değerlendirmek ve dengelemek için gerekli olan enerji tekniğini ve derin sezgiyi öğrenin.

Dr. *Norm* M ve Dr. *Karla H.*'nin Enerji Tıbbı Programı doktora mezunu Dr. *Maria* O. Tarafından sunulmaktadır. Tıbbi sezgi Koleji Eylül 2010 2-gece çalıştayı başvuruları için ön koşul: Lütfen arayın yyy-xxxx

Buna ek olarak, potansiyel müşteriler bir dizi yaratıcı ve profesyonel ünvan sunan uygulamacılar tarafından verilen hizmetleri satın almaya özendiriliyor ve en azını söylemek gerekirse, profesyonel yetkinliğin kanıtının ise alışılagelmiş yöntemlerden farklı olabileceği açıklaması getiriliyor. 14.1 numaralı kutuda şifacıların kendilerini çok renkli bir şekilde çalışma alanlarını ise sonsuz büyüklükte tarif ettikleri örnekleri görebilirsiniz.

Lisanslı psikologlar oldukça aldatıcı olan bu pazar ortamında hâlen kendilerini pazarlamak, en iyi yönlerini ortaya koymak ve müşterilerini yan kapıda çalışmakta olan ruhsal arınmacıdansa profesyonel bir psikologla görüşmeye ikna etmek zorundalar. Profesyonel psikolojinin bir açıdan değişikliğe açık olması gerekli iken başka bir açıdan da diğerinin etkinliği ile ilgili aldatıcı açıklamalardan kaçınması gerekmektedir (APA Başkanlık Görev Gücü, 2005; Hunsley, 2003). Ayrıca etik kurallar da psikologların kanıtla destekleyemeyecekleri iddialarda bulunmalarına olanak tanımamakta ve böylece müşterilerin kandırılmasını engellemeyi hedeflemektedir. Bunun yanı sıra doğru iddialar vasıtası ile, uzun dönemde, itibar ve pazar payının korunacağına inanmaktayız.

Cevaplandırılması gereken önemli bir soru da birbirinden gerçek anlamda farklı olan kaç adet terapinin bulunduğu sorusudur. Müşteri odaklı Rogerian terapisinin, Freudyen psikanalizden ne kadar farklı olduğu konusunda pek az tartışma mevcuttur (11. Bölüm'de anlatıldığı üzere), ancak 12. Bölüm'de anlatılan Beck (1995) tarzı bilişsel terapi ile Ellis (1962) tarzı akılcı duygusal terapi arasında bir ayırıma varmak güçtür. Doğrulanmamış varsayımlardan kaynaklanan ve katılık ve standart üstü bir olumsuzlukla tanımlanan, mantık dışı ve bundan dolayı işlevsiz düşünce kalıplarını hedeflemeleri açısından benzerlik taşırlar. Tedavi yöntemi olarak ikisi de Sokratik Sorgulama Yöntemini kullanmaktadır ve oldukça yönlendiricidir. Ancak hedeflerine ulaşmak adına yine de, bir şekilde farklı bir dil ve teknikler kullanırlar. Bu nedenle birbirlerinden farklı psikoterapi yaklaşımları olarak sayılmaları konusu tartışmaya açıktır. Farklı terapilerin mevcudiyeti bu çalışma alanını daha ilginç ve zengin bir hâle getirse de, bu çeşitliliğin uç bir boyutta olması halkın aklını karıştırır ve araştırmacıların farklı yaklaşımlar arasındaki etkinlik farklarını göstermesini fazlasıyla zorlaştırır. Bu çeşitlilik, klinik psikolojinin gerçek anlamda birbirinden farklı kaç tane terapi yaklaşımı olduğu konusunda herhangi bir tutum almasını zorlaştırır.

Anekdotlara dayanan kanıtlar San Fransisco telefon rehberinde en az 135 ayrı psikoterapi yöntemi bulunduğunu göstermektedir ve Los Angeles'de ise bu rakam 220'dir. Gerçekten de birbirinden farklı bu kadar çok psikoterapi yöntemleri olabilir mi? Eğitilmiş bir gözlemci, kameraya kaydedilmiş seansları seyrederek güvenilir bir şekilde bunları birbirinden ayırdedebilir mi? Tartışmaya açık olmakla beraber daha gerçekçi bir rakam aralığı 10 ila 20 olabilir. Hatta bu marj bile daha küçük, ayırt edilebilir, ana yaklaşımlardan oluşuyor olabilir. Bütün bunların yanı sıra, 200 farklı psikoterapi yaklaşımının etkinliklerinin ne kadar farklı olduğunu gösterme ihtiyacı ise alanının üzerine bir çığ gibi düşecektir. Son 10, 20 senede geleneksel olarak öğretilen ve en iyi bilinen yaklaşımlar (çeşitli psikoloji ders kitaplarında belirtildiği üzere) psikodinamik, kişiler arası, danışan merkezli, davranışsal, bilişsel davranışsal, biyo geri bildirim ve sistem terapileridir. Bu terapi çeşitleri kitabın 11 ve 12. Bölümlerinde tanımlanmış ve etkinlikleri ise 13. Bölüm'de örneklenmiştir.

Burada, zaman zaman daha yeni, daha az geliştirilmiş, kategori sistemine uymayan ve veya bu zamana kadar sınırlı bir süredir test edilmekte olan yaklaşımları anlatıyoruz. Yeni yaklaşımlar sıkça ortaya çıkıyor ve çıktıkları anda da hevesle karşılanıyorlar. Bunun sebebi: (a) belirlenmiş bir ihtiyacı karşılıyorlar (b) faydalı gözüküyorlar (c) bu yöntemlerin temsilcileri özellikle karizmatik oluyor. Son şık hafife alınmamalıdır, çünkü bilimlerdeki gelişmeler lineer olmadığından bazı durumlarda majör değişiklikler bireyler tarafından da tetiklenebilmektedir (Gladwell, 2000).

Yeni bir tedavi ortaya çıktığında, onun potansiyeli ve sınırları ile ilgili bilgi sahibi olmak bir yükümlülüktür ve diğer psikoterapi yöntemleri ile kıyaslanılmasına hazırlıklı olmak gerekir (Barlow, 2004). Klinik psikologların çoğunluğu özgün ve onların eğitim programı tarafından kapsanmayan sorunlar için çözümler üretilmesi gerektiği konusunda hemfikir gibidir. Ne de olsa klinik psikoloji bir bilim dalı ve sanattır ve özünde klinik hüküm ve deneyimler üzerine kurulu yöntemler kullanmak uygun olandır. Ancak (a) hastaya bir zararı olmayacaksa ve (b) eldeki sorun için etkin bir yaklaşım bulunmaması hâlinde bu klinik hüküm ve deneyimlerin kontrol altında değerlendirmelere tabi tutulmamış olmamaları kabul edilebilir. Bunun da ötesinde herhangi bir yeni yaklaşım için baştan itibaren deneysel bir kanıt bulunması mümkün olmayacaktır. Birilerinin vaka analizlerine başlaması, sonrasında kontrollü araştırmaları gerçekleştirmesi ve birilerinin bunlar sonucunda biriken, yeni yöntemlere dair bulgu ve diğer yöntemlerle kıyaslamaları halka açık bir şekilde belgelemesi gerekir.

Yeni yaklaşımlar çıktıkça cevaplandırılması gereken pek çok soru olur (Kazdin ve Bass, 1989):

- Tedavi öncesinden tedavi sonrasına kadar ölçümlenebilir bir fayda mevcut mudur?
- Tedavi yaklaşımı, mevcut diğer tedavilerle eşit düzeyde, onlara oranla daha iyi ya da daha zayıf mıdır?
- Hastalar arasında iyileşmekte olanların oranı nedir?
- Bir tedavi neden işe yarar?
- İddia edilen gerekçe test edilebilir mi? Eğer öyleyse bu gerekçe üzerinde yapılan araştırma ya da etkileri spesifik bir özellik göstermekte midir?
- Hangi terapist eğitimi, ne sürede gereklidir?

Bu bölümde, yalnızca bu sorular cevaplanmamaktadır. Burada terapi gerekçeleri ve spesifik sorunlara dair kavramlara odaklanılmaktadır ancak terapi sonuçlarına dair veriler 13. Bölüm'de zaten verilmişlerdi. Böylece okuyucunun yenilikçi/mistik terapilerle ana akım terapilerinin etkilerini karşılaştırmasına olanak sağlanmıştır.

HİPNOZ

Tanım ve Gerekçe

Hipnoz, tüm terapi yaklaşımları içerisinde en gizemli, belki de en korkutucu ancak ilgi çekici bir terapi yaklaşımı olmuştur. Korkutucu olmasının nedeni hipnoz, hipnozu yapan kişinin gücün önemli bir kısmını elinde tutması ve zaman zaman hastalar tarafından korkutucu derecede kontrol kaybı olarak algılanmasıdır. Mevcut inançlar ve hipnoza dair bilinen gerçekler üzerinde yapılan bir değerlendirme (basılı literatür ve internet üzerine kurulu) hipnozla ilgili mitler ve gerçeklerle ilgili ilginç bilgiler açığa çıkarmıştır (bk. Kutu 14.2).

14.2 numaralı kutuda verilen gözlemler bazı mitleri ortadan kaldırmaktadır; ancak mitlerin ortadan kaldırılmasından sonra dahi hipnozun gerçekte ne olduğuna dair geçerli bir açıklama yapamıyoruz. Hipnoz güvene dayalı tedavi ilişkilerinde oluşan önerilere daha açık hâle getirilmiş bir durum, bir gevşeme hâli ve çevresel uyarıların azaltılmış olduğu bir durum olarak tanımlanabilir. Bu unsurlar

KUTU 14.2

HİPNOZ MİTLERİ (WİLLİAM HEWİTT), AŞAĞIDA BELİRTİLEN ADRESTEN ELDE EDİLMİŞTİR HTTP://WWW.LLEWELLYNENCYCLOPEDİA.COM/ARTİCLE/222

Hipnozla ilgili, büyük ihtimalle pek çok konudan daha fazla mit, yanlış algılama ve yanlış bilgi mevcuttur. Ağırlıklı olarak, buna hipnozla ilgili hiçbir gerçeklik kaygısı taşımayan filmler, televizyon ve romanlar neden olmaktadır. Gerçeği sunmaktansa dramatik olaylar yaratmak onlar için daha önemlidir. Dram çok satar. Gerçek ise tam aksi. Bunun bir sonucu olarak halka hipnoz hakkında tonlarca dram, yarım yamalak gerçekler ve yine tonlarca yanlış bilgi sunulur.

MİT: Hipnozu yapan kişi size iradenizin tersine eylemler yaptırtabilir.

Tamamıyla yanlış. Hipnozu yapan kişinin üzerinizde kesinlikle böyle bir gücü yoktur ve size iradenizin tersine eylemler yaptırtamaz. Hipnoz aslında kendinizin yaptığı bir hipnozdur. Hipnozu yapan kişi ise sadece bu ruhsal duruma girmenizi kolaylaştırır ki istemeniz hâlinde bunu kendi kendinize de yapmayı kolaylıkla öğrenebilirsiniz. Hipnozu yapan kişi hakim değil rehberdir ve özel ya da sihirli güçleri yoktur.

MİT: Hipnoz hâline takılı kalıp asla çıkamamak mümkündür.

Yine yanlış. Eğer siz hipnoz hâlindeyken hipnozu yapan kişi odayı terk etmiş ve asla da geri dönmemiş olsaydı dahi kendi zihniniz, güvenli bir veya iki şekilde hipnoz hâlinden çıkmanızı sağlardı. Ya hipnozu yapan kişinin artık sizinle konuşmadığını fark eder, gözlerinizi açar ve tam uyanık ve iyi hisseder bir şekilde normale dönerdiniz ya da birkaç dakikalık normal bir uykuya dalar ve kendinizi gayet iyi hissederek uyanırdınız.

MİT: Hipnoz hâlindeyken transta olursunuz ve bütünüyle kontrolünüzü kaybedersiniz.

Gerçek değil. Öncelikle hipnoz sizi transa sokmaz. Her daim uyanık ve neler olduğunun farkındasınızdır. Hipnoz uyanıkken rüya görme hâli gibidir. Uyanık ve farkında ancak son derece rahatlamış bir ruh hâlindeyken dikkatiniz belirli bir düşünce veya imge üzerinde odaklanmıştır. Her zaman kontrol sizin elinizdedir. Hipnozu yapan kişinin size bir bankayı soymanızı söylemesi hâlinde 'hayır' diyeceksiniz ve gözlerinizi açacaksınız. Bankayı soymayacaksınız. Ancak aklınızda gerçekten bankayı soyma fikri varsa bu öneriyi yerine getirirsiniz. Burada dikkat edilmesi gereken nokta hipnozun işlerliği, hipnozu yapan kişiye değil tamamen size bağlı olduğudur.

MİT: Herkes hipnotize edilebilir.

Yanlış. Kimse iradesine karşı gelerek hipnotize edilemez. Buna ek olarak ruhsal ya da nörolojik sorunları olan kişiler hipnotize edilemez. Ayrıca nüfusun yüzde birlik bir bölümü ise sebebi bilinmeyen nedenlerle hipnotize edilememektedir. Ancak, kişilerin çoğunluğu eğer isterlerse hipnotize edilir.

MİT: Hipnoz her şeyi tedavi edebilir veya her türlü kişisel problemi çözebilir.

Hayır. Hipnoz her şeyin tedavisi değildir. Hipnoz son derece güçlüdür ve pek çok şikâyetin tedavisine yardımcı olabilir ya da tedavi edebilir. Ayrıca pek çok kişisel sorunu da çözebilir. Hatta mucize olarak kabul edilebilecek sonuçlar da doğurabilir. Ancak her şeyin cevabı değildir. Hipnoz hepimizin hayatlarını pek çok yönde geliştirebilecek güçlü ve doğal bir araçtır.

(devam ediyor)

KUTU 14.2 (DEVAMI)

MİT: Hipnoz tehlikelidir.

Yanlış. Hipnoz tam tersine güvenli ve doğaldır.

MİT: Yalnızca zayıf zihinli kişiler hipnotize edilebilir.

Yine yanlış. Hatta doğru olan tam tersidir. Zeki insanları hipnotize etmek daha kolaydır.

MİT: İyi sonuçlar alabilmek için derin hipnoz gereklidir.

Yanlış. Hafiften derine kadar tüm hipnozlar iyi sonuçlar doğurabilir. Sözde, hipnotik bir transa sokmak için neredeyse sadece birinin gözlerine bakması yeterli olan deli bir adamın kontrolü altında zombiler gibi yürüyen Hollywood tarzı insanları unutun. Bu bütünüyle bir mittir ve hiçbir doğrusal dayanağı yoktur.

terapisel trans durumunun sağlanması için kritik önem taşımakta, bu da hipnozu tanımlamakta esas olarak kabul edilmektedir. Hipnoz üzerinde daha iyi bir kavrayışa sahip olmak için geniş çaplı araştırmalar yapılmıştır. Hipnoz ve işlerlik mekanizması üzerine yapılan araştırmalar, iki önemli etkeni ortaya çıkarmıştır: (a) Kim hipnoz edilebilir? Hipnoz edilebilirlik durağan bir bireysel özellik midir? Ve (b) Hipnotik trans nasıl tanımlanır ve ölçümlenir?

Hipnotik Yatkınlık

Hipnotik yatkınlığın (kişilerin hipnotize edilebilme dereceleri) genellikle zaman içerisinde durağan olan bir özellik olduğu düşünülür. 10 ila 25 yaşlar arasında yüksek düzeyde test-tekrar test güvenirliği gözlemlenmiştir (Hilgard, 1965). Hipnotize edilebilirliğin durağan olması konusunda tüm araştırmacılar hemfikir değildir. Ayrıca hipnotize edilebilirliğin etkilenme düzeyi konusunda da anlaşmazlıklar mevcuttur (ör. Lynn ve Rhue, 1988). Buna rağmen hipnotik yatkınlık düzeyi insanlar arasında değişiklik göstermekte ve hipnotize edilecek kişi ile hipnozu yapacak kişi arasındaki ilişkiden de etkilenmektedir. Bu, sahne hipnozunda, hipnoza yatkın kişileri tespit etmek için hızlı ve etkili testlerin gerekli olduğu anlamına gelir, çünkü hipnozu yapacak olan kişi sahnede kontrollü görünmek ister. Hipnozu yapanlar dikkatlice seyircileri yatkınlık dereceleri açısından gözden geçirir. Gönüllü olan kişilerin sahneye çıkmasından sonra bile taramaya devam ederler ve katılımcılardan gözlerini kapatarak kendilerini arka üstü bırakmalarını isteyerek tutacağına güvenip güvenmediklerini tespit etmeye çalışabilirler. Güçlü bir iş birliği içerisindeki terapi ilişkisinde bunların hiçbirinin gerekli olmayacağının altını çizmek gerekir. Hipnoz tekniğini kullanan bir psikoterapist hastasına hipnozun ne olduğunu anlatır ve yaşayacağı süreci tanımlar ve böylece mitlerden kurtulur ve korkuyu indirger.

Araştırmacılar, araştırma katılımcılarını belirlemeye çalışırken, katılımcıların hipnoz edilebilirlik düzeyleri değişkenlik gösteriyorsa, bireysel yatkınlık düzeylerindeki farklılıkları ölçümlemek için sıklıkla öz bildirim anketleri uygular. Hipnoz ölçeklerinin altın standardı hâlen Stanford Hipnotik Yatkınlık Ölçeği, C Formu (Weitzenhoffer ve Hilgard, 1962; Hilgardet ve ark. 1979) olarak görülmektedir. Hipnotize edilebilme ölçeklerinin geçerliklerini belirleme sürecinin bir parçası olarak, araştırmacılar bu kavramın yapı geçerliği ile ilgili çalışmalar yapmıştır (Barnier, Wright ve McConkey, 2004).

Bu çalışmalar vasıtası ile, öz bildirimle de ölçülebilen, bazı belirli kurguların hipnotize edilebilirlik düzeyi ile korelasyon içinde olduğu öğrenilmiştir. Fantezi eğilimi, içe dönüklük ve reaksiyon zamanı buna örnek olarak gösterilebilir (Tellegen ve Atkinson, 1974 Lynn ve Rhue, 1988).

Hipnoz Transını Anlamak ve Ölçümlemek

Bu kitabın okuyucusu, trans hâlinin örneklerini sinema veya televizyonda görmüş ve trans hâlinin nasıl bir his olabileceğine dair sezgisel bir hisse sahiptir. Hipnozu başlatmanın, yavaş yavaş rahatlamayı sağlayan göreceli olarak dolaylı talimatlardan daha ritimik bir şekilde hareket eden bir sarkaç gibi aletlerin kullanılabildiği doğrudan yöntemlere kadar değişiklik gösteren pek çok farklı yöntemi bulunmaktadır. Ancak yine de belirli bir trans durumunu ulaşıldığının gösterilmesi zordur. Hastanın transa girdiğini belirlemek için asgari üç yol mevcuttur: (a) özgün bir olayı belgelemek adına ölçümlenebilir psikolojik faaliyet kullanmak (b) hastanın yaşadığı deneyimin normal düzeyden farklı bir rahatlama ve farkındalık olduğuna dair öz bildirimlerini araştırmak ve (c) motor davranışları gözlemlemek.

Maalesef bu gibi çalışmalar da tam anlamda bir transın gerçekleşip gerçekleşmediği konusundaki belirsizlikleri ortadan kaldıramamıştır ve bunun sonucunda transın özgün bir deneyim olup olmadığı ya da sürecin, bir ucunun bütünüyle ayık ve önerilere karşı kapalı olduğu, bir ucunun ise son derece gevşemiş ve önerilere yüksek düzeyde açık olduğu, sürekli bir ölçekte gerçekleşip gerçekleşmediği hâlâ tartışılmaktadır (Hadley ve Staudacher, 1985).

Klinisyenler trans hâlinin yaşanıp yaşanmadığını belirlemek adına gözlemlenmiş asgari motor davranışlar ve düşük düzeyde rahatsızlık belirtilerinin yanı sıra hastanın trans sonrasında yaptığı öznel raporlamaları da dikkate alırlar. Buna rağmen hipnoz, fizyolojik düzeyde derin bir gevşeme hâlinden güvenilir bir şekilde ayrıştırılmamıştır (Spanos, 1991).

Yöntem

Hipnozu başlatmak için kullanılabilecek teknikler geniş çaplı bir şekilde yayınlanmış ve oldukça yapısallaştırılmıştır. Yalnızca bu gerçek hipnoz ile ilgili bazı gizemleri ortadan kaldırmaktadır.

Yaygın hipnoz aşamaları:

1. **Hazırlık:** Bu aşama, hipnoz edilecek kişinin oturduğu ya da yattığı yerde rahat etmesini içerir. Buradaki amaç fiziksel konfor vasıtası ile hastanın kendini koyuvermesini kolaylaştırmaktır.
2. **Başlatma:** Hipnozun başlatılması hastanın normal bir farkındalık düzeyinden gelişmiş bir gevşeme düzeyine geçmesini sağlar. Bunun için kullanılabilecek yöntemler örneğin nazik gevşeme talimatlarından, çok daha kışkırtıcı olanlara, hatta bir sarkaç vasıtası ile hipnoz hâline ulaşılması gibi daha geleneksel yöntemlere kadar değişiklik gösterebilir.
3. **Derinleşme:** Derinleşme safhası hastanın çok gevşemiş bir düzeyden, bilinçli düşüncenin asgari olduğu, bütünüyle hipnotize edilmiş bir düzeye geçmesini sağlar. Gevşeme talimatlarının üzerinde ve ötesinde sadece bu aşamayı yaşamak bile, danışana hipnozun bir şekilde farklı olduğunu önermektedir.
4. **Amaç:** Klinik psikolog için iyileşme sürecine destek olmak amacı ile hipnoz kullanmaktadır. Bu noktada hasta kendisini olmak istediği kişi, örneğin sigara

içmeyen biri ya da yaşamış olduğu acıyı imgelem vasıtası ile yapıcı bir şekilde manipüle eden biri gibi görmek üzere cesaretlendirilir.

5. **Uyanma:** Uyanma aşaması hastanın hipnoz durumundan çıkarılmasıdır. Eğer seans uykusuzluk sorununu hafifletmek amacıyla yapılmışsa hasta uyumak konusunda cesaretlendirilir. Aksi taktirde hasta bütünüyle yeniden bilinçli bir zihine dönüşmüş farkındalık düzeyine geri döndürülür.

Hipnozun çok geniş potansiyel uygulama alanları vardır (bk. 13. Bölüm sonuç çıktıları). İlgilenen okuyucular için bu bölümün referanslarında belirtilen ve çeşitli uygulamalar için, 315'den fazla hipnoz metni listeleyen web sitesini ziyaret edebilir. Hipnozun yaygın bir şekilde uygulama alanlarından biri de kronik ağrı durumlarıdır (Jensen & Patterson, 2006; Spanos, 1991).

Hipnoz edilebilirliğin değerlendirilmesi için en iyi bilinen yöntem muhtemelen Stanford hipnotik kol kaldırma ve başlatma testidir (SHâliT; Hilgard, Crawford ve Wert, 1979). SHâliT yönteminde hipnozu yapan kişi, öne uzatılan kolun indirilmesi ya da kaldırılması ile sonuçlanması beklenen, imgelem önerilerinde bulunur. Bu farklılaşan talimatlara karşılık olarak verilen tepkiler yani kolun ne derece talimatlara uygun hareket ettiği mesafe göstergesi olarak ölçümlenir. Verilen karşılığın derecesi birebir santimetre olarak ölçümlenir ve sonrada sayısal bir sonuç olarak kullanılır.

Tedavi Sonuçları

Olumlu Tedavi Sonuçlarına Dair Kanıt

Hipnozun ne kadar etkin olduğuna dair yazılmış çok sayıda gözden geçirme makalesi bulunmaktadır (Kirsch, 1996; Montgomery, DuHamel ve Redd, 2000), bu makalelerin tamamı da hipnozun kronik ağrı, ameliyata hazırlık, siğiller, anksiyetenin azaltılması, zayıflama gibi çeşitli klinik sorunlar üzerinde etkin olduğunu önermektedir. Etkinlik düzeyi farklı hedefler açısından değişiklik göstermektedir, ancak genel anlamda bu düzeyin yüksek olduğundan bahsedilebilir.

Gerekçenin Özgüllüğünü Test Etmek Mümkün müdür?

Hipnotik transın varlığının en iyi dolaylı olarak test edilebildiği kabul edilirse, hipnotik transla ilgili belirli iddiaları (ve olumlu bir tedavi etkisinin oluşması için transa girmenin gerekli olduğuna dair ilgili iddiaları) test etmek çok zordur.

Özgül Olduğuna Dair Kanıt Mevcut mudur?

Trans hâlinin test edilebilirliğine dair mevcut olan şüpheler ve belirsizlikler nedeniyle hipnozun, telkinler ya da derin gevşeme hâli ile elde edilmesi mümkün olmayan tedavi sonuçlarının elde edilmesini sağlayan, özgün bir yöntem olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır.

Hipnozun Özeti

Ticari kaygılar ve aldatıcı unsurlar hipnozun tanımından ve kullanımından çıkartıldığı takdirde hipnoz çok daha az gizemli bir hâle gelmektedir. Ancak trans hâlinin gevşemekten net olarak farklı, özgün bir deneyim olup olmadığına dair geriye kalan belirsizlikler dikkate alındığında trans hâlinin özgül olduğu iddialarını bilimsel olarak

doğrulamak neredeyse imkânsızdır. Ayrıca araştırmacılar bile uygun olabilecek dikkat kontrol koşulunun ne olacağını bilememektedir. Bir diğer açıdan da, klinisyenler, hastaların çoğunluğu tarafından sevilen ve olumlu klinik sonuçlarla özdeşleştirilmiş olan, bu son derece sıra dışı yöntemi, hâlihazırda etki mekanizmasının biraz belirsiz olmasına rağmen, ellerinde bulundurmaktan da oldukça hoşnuttur (bk. Bölüm 13, Tablo 14.1).

GÖZ HARAKETLERİYLE DUYARSIZLAŞTIRMA VE YENİDEN İŞLEME

Tanım, Gerekçe ve Yöntem

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (GHDYİ) (EMDR) orantısal olarak daha yeni bir yöntem olmasına rağmen pek çok hevesli takipçisi mevcuttur. Bu yöntemi tartışmaya başlamadan önce okuyucuların, bu yöntemin ilk sunulduğu günden günümüze değiştiğini bilmeleri ve yöntemin eski ve yeni hâllerinin etkilerinin arasında belirgin farklar olduğunu anlamaları gerekir. Orijinal yöntemin iddiasına göre, hastanın bakışlarının odaklandığı öne ve arkaya olmak üzere parmakla yapılan dairesel ritmik hareketlere sadece kısa süreliğine dahi maruz kalmak travma sonrası yaşanan olumsuzluk etkilerini hızla azaltır. Bu işlem süresince hastalar terapistin ritmik parmak hareketlerini takip ederken bu olayları hayal ederler. Başlangıçtaki, görsel duyu kanalının uyarılmasının özellikle etkili olacağına inanılıyordu. Araştırmacılar aynı etkinin ritmik parmak tıklamalarıyla da elde edilebileceğini ortaya çıkardıktan sonra bu inanış zaman içerisinde değişti. Sonradan ortaya çıkarılan bu gözlem görsel uyarmanın özgün önemine dair yapılan ilk iddia ile tezat oluşturmaktadır. GHDYİ'nin neden olduğu heyecan dalgasının önemli bir bölümü, akut anksiyete hastalarının hızla sakinleştiği ve bir seansta dahi ani bir şekilde rahatlama yaşadıklarının gözlemlenmesinden kaynaklanmıştır (Shapiro, 2002; Sharpley, Montgomery ve Scalzo, 1996).

GHDYİ (EMDR) Enstitüsü'nün web sitesi www.emdr.com'da belirtilen tanıma göre:

> GHDYİ tedavi etkilerini maksimize eden yapılandırılmış protokollere bağlı olarak işleyen pek çok etkin psikoterapi yönteminin birçok unsurunu entegre eder. Buna psikodinamik, bilişsel davranışsal, kişiler arası, deneyimsel ve vücut merkezli terapiler dahildir. GHDYİ, bir bilgi işleme terapisidir ve sekiz aşamalı bir yaklaşımındır.

Önerilen sekiz tedavi aşaması şunlardır:

1. **Geçmişe dair bilgilerin edinilmesi:** Terapist, yakın geçmişte duygusal sıkıntıya yol açan olayları, duygusal rahatsızlığa neden olan güncel durumları, geçmişte yaşanan ilgili olaylar ve hastanın ileride ihtiyaç duyacağı belirli becerileri ve davranışları ne şekilde edindiğini hastadan öğrenmek ister.
2. Stres azaltma teknikleri (gevşeme eğitimi)

3–6. **Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma:** GHDYİ (EMDR) prosedürleri kullanılarak bir hedef belirlenir ve işlenir. Bu prosedürler müşterinin hafızasında yer alan en belirgin görsel imgeyi (eğer mevcutsa) belirlemesini, kendisi hakkındaki olumsuz bir inancı, ilgili duyguları ve beden duyumlarını dahil etmesini içerir. Duygu ve

inançlardaki değişimler takip edilir. Bunlara gerçekten maruz kalması için, müşteriye gözleri sürekli olarak terapistin parmağını ileri geri takip ederken ki bu parmaklar müşterinin görme alanı içerisinde müşterinin ihtiyacına göre 20 ila 30 saniye ya da daha fazla hareket eder, eş zamanlı olarak, imgeye, olumsuz düşünceye ve bedenindeki duyumlara odaklanması konusunda talimatlar verilir. Göz hareketlerinin yanı sıra benzer tekrarlayan ritmik duyusal uyarıcılar da kullanılabilir. Buradaki önemli unsur ikili uyarılmanın (travma imgesi ve ritmik uyarıcı) gerçekleşmesidir Birkaç set sonrasında terapist müşterinin beden duyumlarını kontrol eder. Olumsuz duyumların devam etmesi hâlinde ek maruz kalma setleri uygulanır.

7. Müşteriler travma ve baş etme ile ilgili olaylar konusunda bir günlük tutarlar.
8. Terapist önceki çalışmaları ve gerçekleşen ilerlemeleri yeniden değerlendirir.

GHDYİ yaklaşımı önceleri yalnızca göz hareketleriyle duyarsızlaştırma olarak görülürdü ve bu yaklaşımın çok kısa süreler içerisinde dahi çok etkili olduğuna inanılırdı. Ancak daha çok sayıda klinik deneylerin gerçekleştirilmesinden sonra seanslar sırasında elde edilen bu hızlı gelişmelerin benzer şekilde genellenmeyeceği ve kalıcı sonuçlara yol açmadığı ortaya çıkmıştır. Bu gözlemlere dayanarak yeniden işleme unsuru yönteme eklenmiştir. Yeniden işleme özünde, düşünce ve davranış kalıplarının belirlenmesi ve değiştirilmesi için kullanılan bilişsel yöntemi kasteder.

Tedavi Sonuçları

Olumlu Tedavi Sonuçlarına Dair Kanıt

Bir dizi seçkisiz kontrollü deneyler ve yayınlanmış bir meta-analiz, tutarlı bir şekilde, EMDR'nin travma kaynaklı duygusal sıkıntıyı azaltmaya yönelik etkili bir yöntem olduğuna işaret etmektedir. Etki boyutu genellikle geniş olup ve hastalar için önemli bir klinik yarar göstermektedir (Davidson ve Parker, 2001; Davidson ve Parker, Bradley, Green, Russ ve ark. 2005; Rubin, 2004).

Özgüllüğü Test Etmek Mümkün müdür?

GHDYİ uygulamasının mevcut protokolünün göz hareketleriyle duyarsızlaştırma, duygusal sıkıntı yaratan travmaya hayali olarak maruz kalmanın yanında yeniden işleme (özünde bilişsel terapi) olduğu göz önünde tutulursa bu yönteme, bir ya da diğer unsurun tüm protokolden çıkarıldığı parçalama prosedürlerine tabi tutulabilir ve de tutulmuştur. Bu unsurun mevcut olduğu ve olmadığı durumlardaki etkileri böylece kıyaslanabilir.

Özgül Olduğuna Dair Kanıt Mevcut mudur?

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırmanın uygulanmadığı parçalama yaklaşımlarının sonucunda oluşan ortak bulgu, tutarlı bir şekilde göz hareketleriyle duyarsızlaştırma yapıldığı GHDYİ'nin yalnızca diğer iki unsurla uygulanandan yani göz hareketleriyle duyarsızlaştırmanın yapılmadığı GHDYİ'den daha etkili olmadığını göstermiştir (Lohr, Lilienfeld, Tolin ve Herbert, 1999; Taylor ve ark. 2003).

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma unsurunun özgül olduğuna dair destek olmamakla beraber, GHDYİ'nin gözlemlenen faydası maruz kalma ve yeniden işleme unsurlarına atfedilebilir. Ancak bu iki unsur yenilikçi olmamakla beraber, pek çok travma sonrası stres kaynaklı rahatsızlığın tedavisinde kullanılan ve travma sonrası stres bozukluğunda kullanılan GHDYİ kadar etkili hatta daha iyi olduğu kanıtlanan standart bilişsel davranışsal terapinin bire bir tekrarı gibidir (Davidson ve Parker, 2001; Lohr ve ark. 1999; Taylor ve ark. 2003). Korkulan uyaranlara maruz kalmak en etkili tedavi unsuru olarak gözükmektedir ki bu, on yıllar içerisinde köklü bir bilgi hâline gelmiştir (Linden, 1981).

GHDYİ (EMDR)'nin Özeti

Okuyucuların, göz hareketleriyle duyarsızlaştırmanın tanımının ve tedavi yönteminin zaman içerisinde değiştiğini dikkate alarak hangi versiyonu kullandıkları konusunda çok dikkatli ve net olmaları gerekir. Araştırma literatürü GHDYİ'nin en yeni versiyonunda yer alan yöntem protokolleri her ne kadar etki boyutu açısından rekabet ettiği bilişsel davranışsal terapi gibi yöntemlerle kıyaslanabilse bile bu prosedürlerin etkili olduğu konusunda kesin destek sağlamaktadır. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma unsurunun tedavinin başarısında öncelikli bir etkiye sahip olmadığı araştırmalarla kanıtlanmış; özgün ya da özgül olup olmadığı ise herhangi bir şekilde desteklenmemiştir.

KABULLENME VE BAĞLILIK TERAPİSİ

Tanım, Gerekçe ve Yöntem

Kabullenme ve Bağlılık Terapisinin köklerinin (ACT) (KBT) bilişsel ve davranışsal terapilerden geldiği düşünülür (Hayes ve Smith, 2005). Onu farklı kılan bu yöntemi geliştirmiş olan Steven Hayes'in geliştirdiği ve yirmi yıl boyunca test ettiği özgül bilişsel teoridir. Hayes'e göre pek çok yetişkin olumlu sonuç doğurmayan davranışları tekrarlayarak, dil ve ilgili öğrenimleri çektikleri acıyı muhafaza etmek için kullanır. Yeni deneyimler yaşamanın, yaşam kalitesini arttırmak ve çekilen acıyı azaltmak adına seçilebilecek en iyi yol olduğu varsayımında bulunur.

İnsanlar tekrarlanan düşünceler ve inanış sistemlerinin arasına sıkışmıştır; bu terapi ile çekilen acı engellenebilir ya da yok edilebilir varsayımına odaklanır. KBT'de hastalar için oldukça yıpratıcı olabilecek bir başlangıç aşaması vardır çünkü terapist bu aşamada hastayı, insanların acı çekmesinin bir dereceye kadar normal ve kaçınılmaz olduğuna ve acı veren deneyimlerden kaçınmaya ya da deneyimleri engellemeye yönelik umutsuz girişimlerin acı vereceğine hatta durumu daha kötü bir hâle getireceğine ikna etmeye çalışır (bu kabullenme unsurudur). Gerekçedeki bir diğer önemli unsur ise bilinmeyen sonuçları olabilecek yeni çözümlerden korktukları için bireylerin ilerlemelerini sağlayan yeni deneyimlerden kaçınmalarıdır. Ancak

KUTU 14.3:

> *Delilik: Farklı sonuçlar elde edeceğini umarak ayni şeyi tekrar tekrar yapmaktır.*
>
> ALBERT EINSTEIN

sorunları çözmek için başvurulan eski girişimler rutin bir şekilde başarısız olur. Bu şekilde elde edilecek sonucun olumlu olacağı her ne kadar garanti olmasa da umut vadeden tek yol riske girip yeni çözümler denemektir.

Tedavi Sonuçları

Tedavinin Etkinliği

Meta-analizleri, önce ve sonra gerçekleştirilen kıyaslamalardaki geniş etkileri ve başkaca aktif tedavilere oranla zaman zaman daha üstün olması ile KBT'nin etkinliğini destekliyor (Hayes, Luoma, Bond, Masua ve Lillis, 2006).

Özgüllüğü Test Etmek Mümkün müdür?

Prosedürün doğası gereği daha çok bilişsel olduğu dikkate alındığında önemli bilişsel kavramların tanımlanması sonrasında da test edilmesi gerekir. Hayes, duygusal acının deneyimlemekten kaçınmaya bağlı olduğunu göstermiştir (ör. Yeni çözüm yolları denemek konusunda isteksiz olmak) Hayes ve arkadaşları KBT sürecinde hastanın kaydettiği gelişimi test etmek için kullanılabilen standart bir değerlendirme ölçeği [Kabullenme ve faaliyet anketi KFA (AAQ); Hayes ve arkadaşları, 2004] geliştirmiştir. KFA vasıtası ile değerlendirilen, deneyimlemekten kaçınmaya ilişkin değişikliklerin terapideki ilerleme ile bağdaştırılması hâlinde özgüllük aşikar olacaktır.

Özgül Olduğuna Dair Kanıt Mevcut mudur?

Deneyimlemekten kaçınmanın değişimi üzerine kurulu bu aracılık hipotezinin test edilmesi özgül olduğuna dair oldukça iyi bir destek sağlamıştır. Hayes ve ark. (2004) deneyimlemekten kaçınmanın KBT (AAQ)'nin uygulanması ile elde edilen diğer gelişim göstergeleri ile arasında r =.40 ile.54 aralığında bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir.

KBT (ACT)'nin Özeti

KBT hızla popülarite kazanmıştır çünkü araştırma sonuçları etkinliğini desteklemektedir. Hayes bu yöntemi, tedavi protokollerini bonkörce paylaşarak son derece etkili bir şekilde duyurmuştur; ayrıca kullananlar da bu yöntemi orijinal ve bilişsel davranışsal terapinin mantıklı bir uzantısı olarak görmektedir. Özgüllük test edilebilmektedir ve ilk araştırmalar iddia edilen tedavi gerekçesinin gerçekten de terapötik değişimleri açıklamakta olduğunu desteklemektedir.

◇ FARKINDALIK MEDİTASYONU (FM)

Kökler, Gerekçe ve İşlem

Farkındalık meditasyonunun (FM) (MM) kökeni Budist inanç ve uygulamalarına dayanmaktadır Günümüzde (FM)'nin birkaç versiyonu kullanılmaktadır (Linden, 1993). Sağlık hizmetlerinde kullanılan en genel FM yaklaşımı Kabat-Zinn (1990) tarafından 1970'lerin sonunda, Massachusetts Üniversitesinde geliştirilen ve

değerlendirmeye tabi tutulan batılılaştırılmış farkındalık temelli stres azaltma (FTSA) (MBSR) yaklaşımıdır. Kabat-Zinn, FM'yi davranışsal tıp ortamlarında, geniş bir çeşitlilikte ağrı ve ve stres kaynaklı rahatsızlıkları içeren geniş bir yelpazede kullanan ilk kişidir.

FM pek çok kişinin hayatlarını etraflarında olup bitenlere dikkat etmeden, "otomatik pilotta" geçirdiği öngörüsü üzerine kurulmuştur. FM eğitimi kişilerin o ana odaklanmalarına ve duruş, beden duyumları ve hoş, nötr ya da nahoş duygu ve düşünceler altında yatan çok çeşitlilikteki fiziksel deneyimleri keşfetmelerine olanak sağlar. Tarafsız bir şekilde kendini gözlemleme hâlinin, kişinin algısı ve bu algıya verdiği karşılık arasında bir mesafe koyduğu düşünülür ki; bu sayede bireyler, hayatlarında strese neden olan durumlara, refleks benzeri tepkiler vermektense, yansıtma yaparlar (Bishop ve ark. 2004; Kabat-Zinn, 1990). FM ve bireyin kendisini düzenlemesine yönelik diğer teknikler 12. Bölüm'de de anlatıldığı üzere teşhis konulmuş rahatsızlıklara yönelik olmalarının yanında, sağlıklı bireyler için de faydalı beceriler olduğu düşünülmektedir ve hastalıkları önleme için de düşünülen tekniklerdir. FM tıp ve hukuk fakültelerinde ve hapishanelerde öğretilmektedir.

Meditasyon konusunda tecrübeli kişilere (20 yıl boyunca günlük pratik yapan Tibetli keşişler) beyin görüntüleme teknolojilerinin uygulanması vasıtası ile, Davidson tarafından (Dalai Lama'nın desteği ile) yakın zamanda yapılmış olan araştırmanın kanıtladığı üzere meditasyon beyindeki kan dolaşımı göstergelerini değiştirmektedir (Davidson ve ark. 2003). Bu meditasyon göstergeleri, neşeli ya da mutlu olan insanların beyninin sol tarafındaki kan dolaşımı göstergelerine benzemekte ve bunları daha yoğun bir hâle getirebilmektedir. Bu durum mutluluğun kişisel bir özellikten çok pratik yaparak hatta eğitilerek elde edilebilecek bir beceri olduğuna işaret etmektedir.

Yöntem

FM öğrencilerine düşüncelerinde, duygularında ve duyumlarında tam farkındalığa izin vermelerini öğretir. Bunlar uzaklaştırılmaktansa kabullenilmelidir. FM'in en çekici yönlerinden biri de bu beceriyi bir kez kazandıklarında, bireylerin pek çok durumda örneğin kırmızı ışık gibi beklemek zorunda kaldıkları durumlarda farkındalığı tetiklemek için dikkatlerini düzenleyebilmeleridir. Elbette ki aynı unsur, kendi içinde gelişen (autogenic) eğitim gibi, diğer kendini düzenleme yöntemleri için de geçerlidir (Linden, 1990). 4 ila 10 hafta süren tipik bir farkındalık eğitimi oturur ya da yürür hâlde meditasyon (günde 20 ila 60 dakika) yapmaya yönelik talimatları içerdiği gibi tüm gün boyunca yapılan faaliyetler süresince mümkün olacak düzeyde farkındalığın sağlanabileceğini de kapsar.

Farkındalık eğitiminin, klinik çevrelerde en çok atıfta bulunulan yöntemi, Kabat-Zinn tarafından geliştirilmiş, yapısallaştırılmış FTSA (MBSR) programıdır. 14.4 numaralı kutuda FM eğitiminin prototip betimlemesi verilmiştir.

Tedavi Sonuçları

FM kronik ağrı, fibromiyalji, anksiyete, panik rahatsızlıkları, sedef hastalığı, depresyon, madde kullanımı, aşırı yeme rahatsızlıkları, tükenmişlik, kişilik bozuklukları, kanser ve heterojen rahatsızlıkları içeren hasta popülasyonları gibi birçok tıbbi duruma uygulanmıştır. Meta-analizi genel anlamda ortalama bir etki ölçüsüne sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır (rapor edilen tüm analizlerde d =.50'nin biraz üzerinde) ve bu da bu gelişmelerin klinik anlamda anlamlı olma ihtimalinin yüksek olabileceğini göstermektedir

KUTU 14.4

TİPİK FARKINDALIK OTURUŞU İÇİN TALİMATLAR

Meditasyona başlarken, geçmiş ve gelecekle ilgili düşüncelerinizi koyuverin, şimdiki zamana dikkat edin ve vücut duruşunuz üzerinde odaklanın ve sessizce "oturduğunuzu" fark edin. Vücudunuzun dik duruşunu hissedin ve kendinizi koyuvermek ile hâli hazırda dik bir duruşa sahip olmak arasındaki dengeyi muhafaza etmeye çalışın. Bundan sonra çok da fazla dikkat etmeden durumunuzu koruyun. Vücudunuzun oturduğunuz yere temas ettiği noktalardaki titreşimin, basıncın, sertliğin veya yumuşaklığın veya ısının farkına varın. Nefesinizi aktif olarak kontrol etmeye çalışmayarak normal bir şekilde nefes alıp verin. Nefes alıp verdikçe değişen duyumlarınızı takip edin. Hava akımını, havadaki ısı değişimini ve hafifliği hissedin. Nefes alırken yükseldiğinizi verirken de düştüğünüzü hayal edin. Sesleri de meditasyon aracı olarak kullanabilirsiniz. Farkındalığa izin verin ve sesleri ve seslerin arasına giren sessiz anları arayın ve kucaklayın. Sesin neye ait olduğunu anlamaya çalışmadan (onlar hakkında düşünmeyin), titreşimi kulaklarınızın girişinde hissedin. Eğer kendinizi düşüncelere dalmış bir şekilde bulursanız kendinizi yargılamak yerine (ör. "Bunun hakkında düşünmemeliyim.") basit bir şekilde bu düşünceleri "düşünmek" ya da "gezinmek" olarak adlandırın izin verin ve öteye atmayın. Nazikçe dikkatinizi nefesinize verin. Zihniniz ne kadar çok sayıda gezintiye çıksa da her seferinde, sabırla birincil objenize geri dönerek şimdiki zamana gelin. Objeleri değiştirmek yerine konsantre olana kadar birincil objede kalmaya çalışın. Zihniniz gittikçe sessizleşmeye başladığında her anın en baskın, belirgin objesine dikkat edebilmeye başlayacaksınız. O anda dikkat etmekte olacağınız obje belirli bir çaba sonucu olmayacaktır. Bunun yerine alternatifsiz (tercih ya da ön yargısız) ve ön yargısız ve o anda gerçekleşmekte olan tüm fiziksel ve ruhsal objelere açık bir kafa yapısından kaynaklanacaktır. Bu genellikle "çıplak dikkat" olarak tanımlanır.

Farkındalığı günlük faaliyetlerinizde de uygulayabilirsiniz. Şu faaliyetlerden birinin farkına varmaya çalışın ve her hafta yeni bir tane ekleyin: Duruşunuzu değiştirirken neler hissettiğinizin farkına varın, yürürken adımlarınızın nasıl olduğunu hissedin ve kolunuzun ya da elinizin bükülüşünün, gerinmenin, bir objeye uzanmanın, bir objeyi almaya çalışırken ya da o objeyi tutarken basıncın ve ısının farkına varın. Bu konuda deneyimli bir uygulamacı bu gibi hareketler öncesinde meydana gelen ruhsal dürtülerin de farkına varacaktır. Bu farkındalık ile ilgili tutumu, giyinmek, araba kullanmak, bahçede çalışmak vb. gibi tüm rutin faaliyetlerinizi kapsayacak bir şekilde genişletin. Bir trafik ışığı, cıvıldayan bir kuş ya da bilgisayarın programlanmış sesleri farkındalığın birer hatırlatıcısı hâline gelebilir. Durun ve birkaç saniye süresince gevşeyin ve/veya farkındalık yaratan bir iki nefes alın ya da sadece her hatırlatmada basit bir şekilde (şimdiki zamana dönün) ne yaptığınızın farkına varın. Burada (farkında) veya kayıp mı olduğunuzu kendinize sorarak belirli aralıklarla farkında olmayı kendinize hatırlatın. Gevşemiş ve beklentisiz olup olmadığınızı anlamak için tutumunuzu kontrol edin. İnsanlarla iletişim hâlindeyken ya da günlük işlerinizi yaparken zihninizde sevdikleriniz ve sevmediklerinizin farkında olmanın da katkısı vardır. Zaman içerisinde farkındalık düşünceleri (örneğin yargılamayı) ve duyguları ve bedeninizde bunlarla ilgili olarak gerçekleşen duyumları da kapsayacaktır.

(Grossmann, Niemann, Schmidt ve Walach, 2004; Ospina ve ark. 2007). FM, hastalara başa çıkarak tepki vermelerine imkân tanımak yerine katlanılması gereken kronik hastalıklarda özellikle popüler hâle gelmiştir.

Carlson ve arkadaşları tarafından yürütülen kanser hastaları üzerinde yapılan birçok çalışmalar, raporlanan araştırmaları örneklemektedir (Carlson, Speca, Patel ve Goodey, 2003; Carlson, Speca,Faris ve Patel, 2007; Speca, Carlson, Goodey ve Angen, 2000). Örneğin, prostat ya da meme kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada FM eğitimini sonrasında, genel anlamda yaşam kalitesinde anlamlı gelişmeler ve stres düzeyinde azalma görülmüştür. Bir yıllık takip süresinin bitiminde (Carlson ve ark. 2007) yaşam kalitesinde artışta süreklilik, stres semptomlarında azalma, düşük düzeyde stres ve duygudurum bozukluğu ile tutarlı olarak kortizol ve bağışıklık göstergeleri ve düşük tansiyon gözlendlenmiştir.

Özgüllüğü Test Etmek Mümkün müdür?

Meditasyon konusunda deneyimli olanlarla, meditasyon yapmayanlar arasında fizyolojik farklar bulunması hâlinde özgül olduğu gösterilebilir: Bu kişiler fizyolojik olarak daha hızlı iyileşebilir veya birçok biyolojik sağlık göstergelerinin dinleme değerleri bu kişilerde daha düşük olabilir. Ayrıca, meditasyon yapanlarda tedavi öncesi-sonrasında gelen fizyolojik değişiklik açık bir şekilde görülürken öz düzenleme yöntemleri kullanılan tedavi kontrol gruplarında bu değişiklikler görülmezse ise özgüllük belirgin olacaktır.

Özgül Olduğu Gösterilmiş midir?

Meditasyon konusunda deneyimli olan kişilerdeki değişikliklere dair yeterli düzeyde araştırma desteği mevcuttur ve tedavi öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmeler de bunlarla tutarlıdır (e.g., Davidson ve ark. 2003; Kristeller, 2007). Ancak farkındalık meditasyonunun diğer meditasyon türleri ya da hastanın kendi kendine gerçekleştirdiği hipnozdan farklı olarak fizyolojik ya da bilişsel değişiklikleri tetiklediğine dair ikna edici düzeyde bir araştırma yoktur (Grossman ve ark. 2004; Linden, 2005).

FM (MM)'nin Özeti

Farkındalık meditasyonun popülaritesi büyümüş ve hastalar tarafından kolayca kabul görmüştür. Veriler, çeşitli sağlık ile ilgili durumlarda, özellikle de kabullenme ve duygusal olarak başa çıkma gerektiren hastalıklar için klinik anlamda yararı desteklenmektedir. Hâli hazırda FM'in fizyolojik yollarının ve sonuçlarının, 12. Bölüm'de anlatılan, diğer kendini düzenleme yöntemlerinden farklı olduğuna dair kanıt bulunmamaktadır.

◇ ANLATILAN DÖRT TEDAVİNİN BENZERSİZ VE ÖZGÜL OLDUĞUNA DAİR İDDİALARIN YENİDEN ELE ALINMASI

Bu kitap içerisinde sunulmuş olan kritik analiz araçlarını, bu dört tedavi yönteminin genel anlamdaki etkilerine uygulamak, ayrıca mekanizma ve etkilerinin özgün ve özgül olduğuna dair iddialarını değerlendirmek çok enteresan ve aydınlatıcı bir görevdir.

Önerilen mekanizmalar doğaları gereği test edilebilirlikleri konusunda sınırlıdırlar. Bu gibi yenilikçi terapilerin geliştirilmesinin önüne çıkan en önemli engelin önerilen değişim mekanizmasının ölçümlenemiyor olmasıdır. Değişimi takip etmek ve bu tekniklerin özgün faydalarını ayrıştırmak üzere, kabul görmüş olan hiçbir araç mevcut olmadığında, klinisyenler o tekniği kullanmalarını haklı çıkarmak adına yalnızca tedavi öncesi ve sonrasındaki etkileri kanıt olarak kullanabilirler. Ancak o tedaviyi geliştiren kişinin iddia ettiği ile birebir aynı şekilde tedavinin işe yaradığını itibarlı bir şekilde iddia edemezler. Her zaman olduğu gibi değerlendiren kişilerin ve eleştirmenlerin, tedavi yönteminin etkili olduğuna dair kanıtın veya bu tedavinin etkilerini göstermeyi amaçlayan araştırmaların mevcut olup olmadığını dikkatlice ayrıştırılması gerekir. Sıklıkla araştırma yapılmamış olması ve kritik sorulara henüz yanıt getirilmemiş olması o yanıtların olumsuz olacağı anlamını gelmez. Var olan duruma göre hipnozun özgül olup olmadığı konusunda hâlâ net değiliz. Diğer yandan da GHDYİ'nin göz hareketleriyle duyarsızlaştırma unsurunun tedavi sonucuna kritik bir etkisinin olmadığı ikna edici bir şekilde gösterilmiştir. Ölçümleme teknolojilerinin sürekli olarak gelişme kaydetmesi olasılığı olduğundan burada varılan sonuçların on yıl içerisinde değişmesi de mümkündür. Bu süreç içerisinde, bu yenilikçi ve mistik tedavi yaklaşımlarına yönelik detaylı incelemeler tedavi sonuçlarına yönelik yenilikler ve araştırma açısından, kritik düşünce aracı olarak işlev görmektedir.

Tekniğe özgül etkilerini, terapinin genel anlamdaki etkilerinden ayrıştırmak mümkündür, ancak bunun gerçekleştirilebilmesi için yüksek kalitede ve karmaşık tedavi sonuçlarına yönelik araştırma desenlerine ihtiyaç vardır. Unsurların ve etkilerinin birbirinden ayrıştırılması, kontrol grubu seçimlerinin yanısıra ve özgül tedavi gerekçe ve mekanizmalarının aracı rolünün araştırılması vasıtası ile mümkündür (bk. 3. Bölümde'ki temel araştırma yöntemleri). Örneğin mantık dışı bilişlerin değiştirilmesinin depresyonun tedavi edildiğine dair bir gösterge olarak sayılması, bilişsel terapinin özgül olduğu iddialarını haklı çıkaracaktır. Benzer bir şekilde, pelvik taban kası eğitimi için doğru bir elektromiyografik geri bildirim ile bağlantısı olmayan geri bildirimlerin (katılımcının haberdar olmadığı) kıyaslanması da özgüllüğünü ortaya çıkarır. Terapinin, destek üzerine kurulu bir ilişki için umut verilmesi, problemin mevcudiyeti ile ilgili mantıklı bir açıklama sunulması, terapötik ilişkinin sistematik bir şekilde kurulması gibi özgül olmayan unsurlarının iyi sonuçların yordayıcısı olduğu net olarak ortaya konmuştur (bk. Bölüm 10) ve bu unsurlar hiçbir belirgin teorik yaklaşıma bağlı değildir (Horvath ve Luborsky, 1993). Hatta meta-analizleri vasıtası ile rapor edilen sonuç araştırmaları, hasta gelişimlerindeki açıklanabilir varyansların kabaca yarısının özgül olmayan etkenlerin bir araya gelmesinden kaynaklandığına işaret eder (Lipsey ve Wilson, 1993; daha fazla detay için 13. Bölüm'e bakınız). Enteresan bir şekilde psikoterapi sonuçları ile ilgili araştırmalarda kullanılan terminoloji ve stratejilerin birçoğu, plasebo kontrolleri aracılığı ile özgül olmayan etkileri belirlemek ve ortadan kaldırmak için ciddi bir çaba gösteren farmakolojik araştırma temellidir. Diğer yandan psikoterapistler özgül olmayan etkilerin iyi olduğunu ve psikoterapi içerisinde daha fazla yer almaları gerektiğini savunurlar. Özgül hedeflere dair, iyi tanımlanmış teknikler eklendiği zaman sonuçları arttıracaktır, bu da daha iyi olacaktır.

Psikoterapi ile elde edilen iyi sonuçların önemli bir bölümünün özgül olmayan etkilerle elde edilmesi hastanın yararınadır. Ancak bu gerçek, terapi unsurlarının etkilerini ayrıştırmaya çalışan psikoterapi araştırmacılarının da hayatını zorlaştırmakta ve psikoterapi yaklaşımını geliştirenlere de, gerçek olmamasına rağmen, özgün olma ve özgüllük iddiasında bulunmaları için de fırsat yaratmaktadır. Eleştirel gözle bakan klinik psikoloğun, yeni tedavilerin kanıtlanmamış özgül etkileri konusunda sürekli olarak tetikte olması gerekir. Bu bölümde, ya yenilikçi, ya belirli mistik özelliklere sahip olan ya

TABLO 14.1 Bulguların Özeti

	HİPNOZ	GHDYİ (EMDR)	KBT (ACT)	FARKINDALIK MEDİTASYONU
Tedavi öncesi ve sonrası etkiler	Çok	Çok	Çok	Orta
Tedavi kontrolünün olmamasına oranla etki	Az	Orta	Çok	Orta
Aktif kontrole kıyasla etki	Eşdeğer	Kısmen daha zayıf	Kısmen daha kuvvetli	Eşdeğer
Özgüllüğü test edilebiliyor mu?	Tartışmalı	Evet	Evet	Evet
Özgül olduğu gösterilmiş mi?	Tartışmalı test edilebilirlik nedeniyle hayır'	Hayır	Evet	Hayır

da her iki özelliği de taşıyan dört tedavi detaylı bir incelemeye tabi tutulmuştur. Bu dört tedavinin tartışılmak üzere seçilmesinin nedeni kısmen kazanmış oldukları popülarite olduğu kadar, her dördü için de meta-analizlerin sonuçlarının olmasından da kaynaklanmaktadır. Okuyucuyu sayılara boğmaktan kaçınmak adına, çıkarılan sayısal etki boyutları Tablo 14.1de kullanılmamış ancak aşağıdaki gibi sözel tanımlamalar olarak verilmiştir:

Etki Boyutu	Tanımlayıcı
d < .10	etkisiz
d > .10, < .30	az etkili
d > .30, < .70	orta derecede etkili
d > .70	çok etkili

Kıyaslama için verilerden öğrenilmek istenenler şunlardır:

- Tedavi ile bağdaştırılabilecek, hasta için tedavi öncesi-sonrası etkileri mevcut mu?
- Yeni deneysel tedavinin etkileri, asgari tedavi kontrol koşullarında gözlemlenen değişimden daha büyük mü?
- Gözlemlenmiş etki, aynı hedefe yönelik diğer aktif tedavilerle kıyaslandığında sonuç nedir?
- İddia edilen gerekçe ya da mekanizmalar görgül olarak test edilebilir mi?
- Eğer bir önceki sorunun cevabı "evet" ise iddia edilen gerekçe gerçekten de görgül testlere tabi tutulmuş mudur ve eğer tutulduysa ne öğrenilmiştir?

Sonuçların özetinden de gayet net bir şekilde anlaşılacağı üzere, etki boyutları orta ila çok olan bu dört yöntem, tutarlı bir şekilde belirgin klinik gelişmelere neden olmaktadır. Aktif tedavi kontrolleri ile kıyaslandığında hiçbiri daha üstün çıkmamaktadır. Mekanizmalarının test edilebildiği noktalarda, bulgular, bu iddiaları desteklemektedir. Yalnızca GHDYİ (EMDR) bu kapsamın dışındadır çünkü en yenilikçi unsuru belirgin bir fayda sağlamıyormuş gibi görünmektedir.

SONUÇ

Daha önceden sunulmuş olan savlar ve veriler iki amaca hizmet etmiştir. Bir yandan, genel faydaların ortaya çıkarılabilmesi için, ne gibi klinik deney yöntemlerine ihtiyaç olduğu gösterilirken diğer yandan da klinik araştırmacılar yeni bir psikoterapiyi gündeme getirmeye çalışırken, ek bir çaba ile özgüllük etkilerinin nasıl tespit edilebileceği gösterilmiştir. Bu açıdan bu bölüm, ciddi bir bilimsellik seviyesinden, aldatıcılığa kadar değişiklik gösteren terapi sonuçlarını büyüteç altına almış ve terapi sonuçları hakkında geniş bir literatürü eleştirel bir gözle okuyacak bir kitle yaratmak için bir alet çantası sunmuştur. Belirli bir tedavinin işe yarayıp yaramadığına dair sıklıkla şiddetli tartışmalar gerçekleşmiştir ve bu da genellikle klinik deneylerin düzgün bir şekilde yorumlanması için, sınırlı düzeyde bilgi olmasından kaynaklanmıştır. Pek çok insan psikoterapi içerisinde etkilerin özgüllüğünü göstermenin ve mekanizmaları düzgün bir şekilde dokümanlarla belgelemenin ne kadar zor olduğunu anlamamaktadır. Okuyucuya, kendi kararını verebilmesi için çeşitli araçlar sunduk. Belirli bir psikoterapi (bk. Bölüm 3 ve 13) bazında mevcut olan kanıt düzeylerini sorgulayan konsensüs komite raporlarının yayınlanması bu zorlu konunun çözümlenmesine büyük katkıda bulunmuştur. Kanıt düzeyleri sisteminin altında yatan mantık, burada dört tane yenilikçi ve ilgi çekici müdahale şekline uygulanmıştır. Olumlu taraftan bakıldığında bütün bu yöntemlerin, hastalarımızda bir dereceye (önce ve sonra etkilerinin, etki boyut hesaplamalarında gösterildiği üzere) kadar gelişmelere neden olduğuna dair iyi kanıtlar bulunmaktadır. Ancak bu, gelişmelerin neden gerçekleştiğine dair bilgi vermediği gibi en iyi olabilecek, mevcut tedavi yönteminin ne olabileceği hakkında aydınlatma yapmamaktadır. Hastalarımızın psikoterapistin teorik anlamda en yakın durduğu tedavi şekli yerine, mevcut olan en iyi tedaviyi almaya hakları olduğu konusunda ısrarlıyız.

Yöntemlerin özgül olup olmadığına dair testler yapmak hem zor hem de çok zahmetlidir. Bu nedenle ne GHDYİ (EMDR), ne hipnoz, ne de FM (MM) özgül etkileri konusundaki iddiaları karşılamamaktadır. Bu, bir dereceye kadar doğası gereği test edilemeyecekleri varsayımlarına bağlıdır (Ör. hipnotik transın net bir işlevsel tanımı bulunmamaktadır). Başkaca durumlarda, özgüllük test edilebilmiştir ve KBT (ACT) açısından bulgular yöntemin özgüllüğüne dair destek sunmaya başlamıştır. Terapi sonuçlarına dair raporları gözden geçirdikten sonra dikkate alınması gereken önemli bir nokta bulguların terapi eğitimi açısından doğurgularıdır. Genel olarak, hastaların stres düzeyini azaltmak ve özgül olmayan gelişmeler kaydedebilmek için kullanılabilecek pek çok yöntem vardır. Bu yöntemler orta çaplı faydalar üretmektedir. Bu gibi özgül olmayan faydalar, belirli bir düzeyde şefkat sahibi, hassas kişilikli ve bir miktar temel terapi eğitimi almış olmak şartı ile çeşitli seviyelerde psikoterapi eğitimi alan bireyler tarafından üretebilecek faydalardır (bk. Bölüm 10). Ancak, literatürde gösterilmiş olan bazı istisnai yüksek etkilere ulaşabilmek amacı güdülerek, jenerik ve özgül özelliklere sahip psikolojik tedavilerin kullanımını azami hâle getirmek ve terapistlerin tedavileri, kişilerin bireysel ihtiyaçlarına uygun hâle getirebilmelerini öğretmek için daha fazla eğitim almaları gerekecektir (Woody, Detweiler-Bedell, Teachman ve O'Hearn, 2003).

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

10. Bölüm'de psikoterapiyi tanımlamanın ne kadar zor olduğunun altını çizmeye ve okuyucuyu bu zorlukla başa çıkmamız gerektiği konusunda uyarmaya çalıştık. Maalesef bu, aynı zamanda, kendini şifacı ilan etmiş birilerinin yeni, mucize bir tedavinin başarabileceklerine yönelik desteksiz iddialarına, kapının ne yazık ki, hâlâ yarı açık olduğu

anlamına gelmektedir. Maalesef karizmatik şifacılar, ihtiyaç sahibi bireyleri, amacını aşan vaatlerle kandırmakta sıklıkla başarılı olmaktadır. Klinik psikologların bu gibi iddialara yönelik olarak sürekli dikkatli olmaları ve bu bireyleri iddia ettiklerini kanıtlama konusunda zorlamaları gerekmektedir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Amaç (Purpose)
Bağlılık (Commitment)
Başlatma (Induction)
Derinleştirme (Deepening)
Hazırlık (Preparation)
Hipnoza yatkınlık (Hypnotizability)
Kabullenme (Acceptance)
Uyanış (Awakening)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Hipnoz nasıl işlemektedir?
2. Kabullenme ve bağlılık terapisi özünde bilişsel bir teori midir yoksa farklı mıdır?
3. Etkisinin özgül olduğuna yönelik çok az kanıt bulunmasına rağmen GHDYİ (EMDR) neden bu kadar popülerdir?
4. Yeni bir tedavi yaklaşımının etkili olarak ilan edilmesi için ne kadar ve ne çeşit kanıt gerekmektedir?

KAYNAKÇA

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2005). *Draft policy statement on evidence-based practice in psychology*. Retrieved from http://forms.apa.org/members/ebp/

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*, 869–878.

Barnier, A. J., Wright, J., & McConkey, K. M. (2004). Posthypnotic amnesia for autobiographical episodes: Influencing memory accessibility and quality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 52*, 260–279.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L. E., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230–241.

Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behavior and Immunity, 21*(8), 1038–1049.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 65*, 571–581.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65,* 564–570.

Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 305–316.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

EMDR Institute homepage: http://www.emdr.com/briefdes.htm

Gladwell, M. (2000). *The tipping point.* New York: Little, Brown.

Grossmann, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35–43.

Hadley, J., & Staudacher, C. (1985). *Hypnosis for change. A practical manual of proven hypnotic techniques.* Oakland, CA: New Harbinger Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masua, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44,* 1–25.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life. The new acceptance and commitment therapy.* Oakland, CA: New Harbinger Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54,* 553–578.

Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility.* New York: Harcourt, Brace & World.

Hilgard, E. R., Crawford, H. J., & Wert, A. (1979). The Stanford hypnotic arm levitation induction and test (SHâliT): A six-minute hypnotic induction and measurement scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 27,* 111–124. http://www.informaworld.com/smpp/462288414-42084546/title~content=t713657963~db=all~tab=issueslist~branches=27-v27

Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 561–573.

Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and cost offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology, 44,* 61–73.

Huynh, T. V. (retrieved Aug 2010). Introduction to mindfulness meditation. Retrieved from http://vipassanahawaii.org/?q=node/19.

Jensen, M., & Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 29,* 95–124.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body to face stress, pain and illness.* New York: Delacorte.

Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 138–147.

Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—Another re-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 517–519.

Kristeller, J. L. (2007). Mindfulness meditation. In P. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (3rd ed.) (pp. 393–427). New York: Guilford Press.

Linden, W. (1981). Exposure treatment for focal phobias. *Archives of General Psychiatry, 38,* 769–775.

Linden, W. (1990). *Autogenic training: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

Linden, W. (1993). Meditation. In D. Vaitl & F. Petermann (Eds.), *Handbuch der Entspannungsverfahren. Psychologie Verlags Union* (pp. 207–216). Weinheim, Germany: Muenchen.

Linden, W. (2005). *Stress management: From basic research to better practice.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48,* 1181–1209.

Lohr, J. M., Lilienfeld, S. O., Tolin, D. F., & Herbert, J. D. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): An analysis of specific and non-specific treatment factors. *Journal of Anxiety Research, 13,* 185–207.

Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48,* 138–153.

Ospina, M. B., Bond, T. K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., et al. (2007). Meditation practices for health: State of the research. Evidence Report/ Technology Assessment No. 155 (Prepared by the University of Alberta Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0023.) AHRQ Publication No. 07-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Rubin, A. (2003). Unanswered questions about the empirical support for EMDR in the treatment of PTSD: A review of research. *Traumatology, 9,* 4–10.

Rubin, A. (2004). Fallacies and deflections in debating the empirical support for EMDR in the treatment of PTSD: A reply to Maxfield, Lake, & Hyer. *Traumatology, 10,* 91–105.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.* Washington, DC: American Psychological Association Books.

Sharpley, C. F., Montgomery, I. M., & Scalzo, L. A. (1996). Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 25,* 37–42.

Spanos, N. P. (1991). Hypnosis, hypnotizability, and hypnotherapy. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 644–663). Elmsford, NY: Pergamon.

Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62,* 613–622.

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure

therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 330–338.

Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Woody, S. R., Detweiler-Bedell, J., Teachman, B. A., & O'Hearn, T. (2003). *Treatment planning in psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care.* New York: Guilford Press.

A useful resource: 315 hypnosis scripts for different applications: http://www.hypnosisdownloads.com/

ÇOCUK PSİKOLOJİSİ*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Bu bölüm özellikle nüfus ve yaş gruplarına odaklanan önceki bölümlerden farklıdır. Bu bölümde konuya bağlı olarak okuru davranış süreçleri, tanı, etik problemler ve uluslararası kabul gören tedavi süreçleri etkisinde bıraktık. Doğru, söylenenlerin çoğu değişik kültürler, cinsiyetler ve yaş grupları için geçerlidir. Eğer farklı yaş gruplarının farklı ihtiyaçları olduğunu kabul etmezsek pek çok şansı kaçırmış oluruz ve sorumlulukları görmezden gelmiş oluruz. Aslında mezun pratisyen psikologlar genellikle hangi yaş grubuyla çalışmanın güvenilir olduğunu ortaya çıkarmak için soru sorarlar ve bu hem akademik transkriptlerde hem de belirli bir nüfus ile yapılan pratik deneyimlerle belgelenmiştir. Pek çok klinik eğitim programları özellikle çocuk klinik programlarının yolunu işaret etmektedir ve çocuklar için klinik psikoloji uygulamalarının eşsizliğine odaklanan çok sayıda gazete, kitap vardır. Bu bölümde daha az oranda bazı etik zorluklar hakkında konuşacağız çoğunlukla basit organizasyonların nasıl iyi işleyeceğini, incelemeler sonucunda nasıl etkili yorumların sunulacağını (müsaade edilen belirli konularda), çocukların değerlendirilmesindeki özellikleri sergileyen çocuk psikopatolojisini göreceğiz ve çocuğun normal gelişiminin nasıl olacağını tartışacağız.

Farklı çocuklarla iş yapmanın önemli noktaları nelerdir? Belirli sorumluluklar getirmesinin yanında fark yaratmak için de büyük fırsatlar içeren çocuk klinik psikolojisinin kendine özgü özelliklerinin listesi:

1. Çocukların problemleri, yetişkinlere göre daha sık tedavi edilemez duruma gelebiliyor ki bunun sebebi çocukların normal olan ve normal olmayan duygularının az olmasıdır. Ayrıca problemlerini ifade edebilmek için sözel yeteneklerinin sınırlı ve kendi başlarına sağlık sistemlerine ulaşma imkânlarının da çok az olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra birçok araştırma ebeveynlerin çocukları üzerinde yaptıkları gözlemlerin ve değerlendirmelerin ön yargılı olduğunu göstermiştir.
2. Çözülemeyen çocukluk problemleri; erişkin yaşam yeteneklerinin öğrenilmesini, iş performansını, arkadaşlık sürdürme yeteneğini ve sorumluluk taşıma

* Çeviren: Dr. Selen AYAS

gereksinimlerine uyum sağlamayı olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Middlebrooks ve Audage, 2008). Çocukluk problemlerine erken müdahale uzun vadeli hasarı en aza indirmek için çok önemlidir.

3. Yasal olarak reşit olmayan çocuklar; duygusal ve ekonomik anlamda ebeveynlerine bağımlıdırlar. Yasalara göre çok sınırlı kararlarını kendileri alabilirler. Küçük yaştaki çocukların tedavi ve değerlendirilmeleri ebeveynlerinin iznine bağlıdır.
4. Çocuğa özgü klinik çalışma normal gelişimi, gecikmiş gelişimden ve gerçek patolojisinden ayırt etme ihtiyacı duyar. Çocukların hızla değiştiği ve çevrelerinin bir ürünü olduğu göz önüne alındığında, yeni başlayan bir patolojinin bir geçiş aşamasından mı yoksa yakın çevresindeki değişikliklerden mi kaynaklandığı belirgin değildir.
5. Çocuklukta bazı problemler baskındır fakat devamlı olmayabilir (utangaçlık ve ben merkezcilik gibi); diğerleri bir ömür sürer (örneğin şiddetli dikkat dağınıklığı/hiperaktivite bozukluğu gibi). Birçok çocuğun problemi ve gelişimsel anormallikleri; otizm, Asperger sendromu, fetal alkol spektrumu bozukluğu ve zekâ geriliği; tedavileri olmadığı için ömür boyu devam etmektedir. Bazı istisnai çocuklar genel nüfusa göre farklı istisnai yetişkinlere dönüşecektir.

Örneğin, fetal alkol sendromunun (FAS) nüfus ortalaması %0.3 ile %1 arasında tahmin edilmektedir (Burd, Selfridge, Klug ve Juelson, 2003), fakat çocuk cezaevinde oran %23 olarak bildirilmiştir (Fast, Conry ve Loock, 1999). Bununla birlikte, belli bir problemi tedavi etmedeki yetersizlik uyuşukluk ve cehaleti haklı çıkarmamalıdır. Erken tanı ve destek, etkilenen ailelerin yaşam kalitesine bir değişiklik yapabilir. Örneğin FAS için bilinen bir tedavi yöntemi yoktur; fakat bu çocuk istikrarlı, terbiyeli bir çevrede ve erken teşhisle büyürse, FAS sonucunda hapishaneye düşme olasılığı büyük ölçüde azalır (Burd 2003).



Henri Dupond

◇ GELİŞİMSEL AŞAMALAR VE ÇOCUKLUK PSİKOPATOLOJİSİ

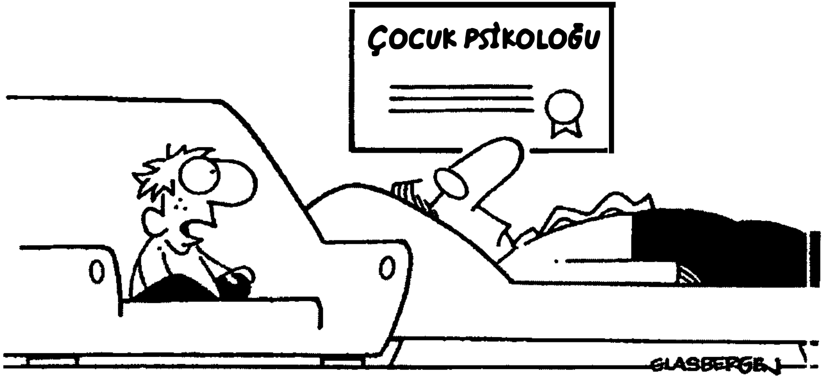
Yetişkinlerin belli başlı davranışları ki, bunlar aşırı bağımlılık, doğru karar verememe veya inatçılık, uyumsuzluk genellikle ruhsal bozukluklar için bir tanı kriterdir. Diğer yandan, çocuklarda bu davranışlar belli gelişim aşamalarında oldukça normaldir ve bu zamanla geçmektedir. Yaşa özgü normal davranışlar nelerdir? Belirgin bir gelişim aşamasından kaynaklanan potansiyel davranış problemleri nelerdir? Klinik problemler (genellikle belirli bir yaş aralığında ortaya çıkan) nelerdir? Sorularının cevabı ayrıntılı bir şekilde Tablo 15.1'de bulunabilir.

Resmî tanısal sınıflandırmalar açısından Tanısal ve İstatiksel Kılavuz'un 1. ve 2. baskılarında çocukluk patolojisinin yetişkin psikopatolojisinin küçük bir versiyonu olarak verdiği,

TABLO 15.1 Sorunlarla İlgili Gelişim Evreleri ve Öreneklerine Genel Bakış (Mash ve Wolfe, 1999)

YAKLAŞIK YAŞ	NORMAL DAVRANIŞLAR	ORTAK DAVRANIŞ PROBLEMLERI	KLINIK BOZUKLUKLAR
0–2	Yemek, uyumak, bağlanmak	İnatçılık, sinir, tuvalet kaçırma	Zekâ geriliği, beslenme problemleri, otizm
2–5	Konuşma, tuvalet kendini koruma ve kontrol akranlarla arkadaşlık	Tartışmacı, talepkar dikkat eksikliği, itaatsizlik, korku, uyku düzensizliği	Konuşma ve dil bozuklukları istismar ve ihmal kaynaklı bozukluklar anksiyete bozuklukları ve fobiler
6–11	Akademik beceri ve kurallarına uyum, kurallı ve yönetilen oyunlar	Protesto, konsantrasyon yetersizliği, öz bilinç gösteriş	Öğrenme bozuklukları okul fobisi ve davranış problemleri
12–20	Karşı cins ile arkadaşlık kişisel karakter, aileden ayrılma sorumluluk artışı	Tartışma ve yalan	Anoreksiya, blumia, suçluluk hissi intihar girişimi, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, şizofreni, depresyon

Kaynak: Mash, E. J. ve Wolfe, D. A. (1999). *Abnormal child psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole/Wadsworth, s. 33.



Hayatının en iyi yıllarını nefret ettiğin bir mesleği yaparak geçiriyorsun bu yüzden zevk almadığın hayat tarzına katkıda bulunmak için ihtiyacın olmayan şeyler alabilirsin. İşte bu bana saçma geliyor!

"Çocukların sezgisel yetenekleri küçümsenir" Glasbergen'in izni ile yeniden basılmıştır.

daha yeni sürümlerinde ise 3 ve 4'te (*DSM-IV-TR*, Amerikan Psikiyatri Birliği) bazı bozuklukların bir liste ile (Tablo 15.1' de görülebilir) çocukluk çağı bozuklukları olarak açıkça tanımlanmış olması da dikkate değerdir. Çocukluk dönemi problemlerini de içeren *DSM-V* (18-22 Mayıs 2013) basılacak/basıldı. Tablo 15.2 'de tarif edilen bozukluklara ek olarak bunlar özellikle çocuklar ve ergenler için geçerlidir, ergenler için gerekli tanılar; madde bağımlılığı problemleri, şizofreni, duygu durum bozuklukları anksiyete bozuklukları ve yeme bozukluklarıdır. İkinci sırada saydığımız bozukluklar ergenlikten yetişkinliğe geçişte sürekliliği görmek için özellikle iyi bir mantık oluştururlar.

Eğer bazı bozukluklar çocukluk dönemine özgüyse, o zaman orada da altında yatan patolojiyi anlamak için ayrı bir bütün olarak araştırmaya tabii tutulmalıdır. Başa çıkılması gereken acil ve asıl soru, tedavi uygulansın ya da uygulanmasın, aynı (benzer) problem için, yetişkinlerle ya da çocuklarla yapılacak çalışmanın başarılı bir terapi için içeriğinin aynı olup olmadığı, tedaviyi çocuklara uygun hâle getirmek için uyarlanmasının gerekip gerekmediğidir. Alternatif olarak bazı tedaviler, özellikle çocuklar ve çocukluk dönemi bozukluklarına uygun olarak geliştirilmiş olmalıdır. Araştırmacıların bu zorluklara nasıl yanıt verdikleri bu bölümde tartışılacaktır.

◊ ETİK ZORLUKLAR

Ergen olmamış çocukların tüm batı uluslarında hukuk önünde reşit sayılmaması önemli karışıklık yaratır ki küçük çocuklarla çalışan klinik psikologlar için bu durum ekstra dikkat ve uyanıklık gerektirmektedir. Ülke, bölge veya ildeki yasal durumun farklı olması çocuk psikolojisi çalışanları için kritik bir konudur. Birçok ortak yönü bulunurken, yargılama yetkisi açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin, bu ders kitabının yazarları İngiliz'lerdir böylece "İngiliz çocukların bu kitabı anlaması kolaydır ve kavrayışlarına açıktır" Örneğin bu kitabın yazarlarının memleketleri

TABLO 15.2 Çocuklar ve Ergenler için *DSM-IV* Bulunan Tanı Kategorileri

Zihinsel Gerilik (Eksen II bozukluğu olarak kodlanmıştır) bu tanı bireysel fonksiyonlara bağlıdır.

Öğrenme Bozuklukları

Okuma bozukluğu

Sayısal bozukluk

Yazma bozukluğu

Eliminasyon Bozuklukları

Enkoprezis

Enürezis

Yaygın gelişimsel bozukluklar

Otizm

Asperger sendromu

Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (üç tiptir)

Davranış bozukluğu (iki tiptir)

Karşı gelme karşıt olma bozukluğu

Bebeklik veya erken çocukluk beslenme ve yeme bozuklukları

Pika

Ruminasyon bozukluğu

Bebeklik veya erken çocukluk beslenme bozukluğu

Bebeklik çocukluk ve ergenlikte ki diğer bozukluklar

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu

Seçici dilsizlik

Tepkisel bağlanma bozukluğu

olan British Columbia Kanada'da 12 yaşın altındaki çocuklar eylemlerinden dolayı yasal olarak sorumlu tutulamazlar. 19 yaşında ise oy verebilen, likör satın alabilen ve yasal evrakların altına imza atabilirler ve tam yetişkin olurlar. 12-19 yaşları arasındaki dönem ise gri dönem olarak adlandırılan sadece belirli konularda kendi kararlarını alabildikleri dönemdir. Bu yasal durum için çok özel bir örnektir fakat aynı sorunları prensipte tüm batı ülkeleri taşımaktadır ve benzer bir şekilde klinik psikologlar da çalışmalarını yaparken çocukları etkileyen kanunları bilmelidir.

Karar vermek için özellikle gri bölgeler zordur. Örneğin, birinci sınıf üniversite öğrencileri çoğunlukla 18 yaşındalardır ve normalde bağımsız olarak katılabilecekleri araştırma çalışmaları için yasal yaşın altındalardır. Yine de velilerinin yasal iznini almaya gerek kalmadan kendi kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için

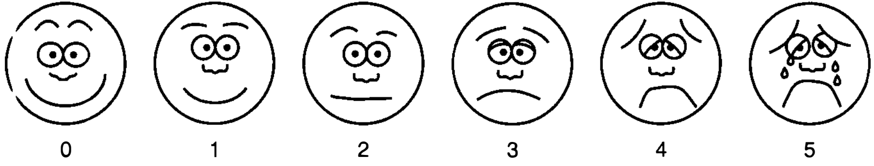
örnek anketler kullanan bir araştırmaya katılabilirler ve bunu destekleyen yaygın olarak kabul görmüş yerel etik kurullar da bulunmaktadır. Ayrıca bu yaş grubundaki gençler gerektiğinde tıbbi bakım talep etme hakkına sahiptirler ve bazı ebeveynler arasında popüler olmamasına karşın, 16 yaşındaki gençler doğum kontrol için hekimden reçete almak için gizlilik hakkına sahiptirler. Yasa bu konuda oldukça açıktır ve doktorun ellerini bağlamaktadır. Benzer şekilde, normal zekâ düzeyine sahip 15 yaşındaki bir genç hukuken resmî ebeveyn izni olmaksızın psikolojik yardım alabilir.

Ebeveynlerin çocukları için yasal sorumlulukları vardır, değerlendirmeler veya tedavi için rızaları aranmaz fakat psikoloji meslek kuruluşları tarafından önerilen çocuğun olabildiğince iyi araştırılması için çocukla anlaşılması ve katılımın sağlanması için ebeveynin rızası önerilir. Bu işlem sırasında rıza yasal olarak bağlayıcı bir onay değildir, ancak küçük çocuklarla çalışırken olası işbirliğini, etkili ve iyi tedavi olasılığını arttırır. Çocuğa ailesi ile yaşadığı evinde seçim yapabilmesi için yeteri kadar özgürlük verilmemesi verilmiyorsa tabi, aynı zamanda aile ve okul sisteminin içerisine bu kadar gömülmesi göz önüne alındığında, çocukta belirli stres ve sorunlar görülebilir. Bu problemler çocuğun bireysel bir problemi olarak görülmemeli, sistemsel bir bakış açısı ile değerlendirilmelidir. Örneğin; okulda sürekli bir başka çocuğun zorbalığına maruz kalan bir çocuğun endişeli ve okuldan kaçma tavrı için yoğun bir terapi uygulamak mantıklıdır. Zorba çocuğun okuldaki diğer çocuklara da zorbalık yapabileceği göz önüne alınırsa öğretmenler ve okul müdürünü de duruma dâhil etmek iyi bir yaklaşım olur. Zorba çocuğun ebeveynleri de bu durumun altında yatan sebepleri öğrenmek için çağırılabilir. Ayrıca anoreksiya nevroza gibi yeme bozukluğunun ergenlik döneminde başlaması büyük bir olasılıktır ve gencin yaşadığı aile bağlamı dışarıda tutularak bu durumun nedeni anlaşılamaz ya da tedavi edilemez. Ayrıca çocuğun ev topluluk ve okul çevresi tam anlamıyla algılanamazsa diğer sorunlu davranışlarının kaynağı ve anlamı yanlış anlaşılabilir. Meydan okuyan ve okul kurallarına uymayan çocuklar evdeki problemleri yansıtıyor olabilirler ya da sosyopatik eğilimlerini erken gösteriyor olabilirler (veya kesinlikle, her ikisi de). Geniş sistemli perspektif ile oluşturulan etkili müdahaleler –bu davranışların çocuğun hayatında önemli rol oynayan insanlara bir çağrı niteliğinde olduğunu vurgulamak– gerekmektedir.

DEĞERLENDİRMEDE GELİŞİMİN ETKİSİ

Çocuklar için kullanılan araçlar, tipik psikolojik değerlendirmenin uygunluğu ve çocuğun zihinsel gelişim aşaması değerlendirmeyi çok etkiler. Bazı araçlar çocuklar için tek olarak geliştirilmiş olmakla birlikte diğer araçlar, dil ve okuma seviyeleri ile aynı zamanda soyut düşünme yeteneği fazla gelişmiş ergenler, daha büyük çocuklar ve yetişkinler için geliştirilmiştir. Mevcut zekâ testleri 16 yaş üstü gençlere uygun olarak hazırlanmıştır, 16 yaşından küçükler için zekâ testi hazırlanırken yaş eşiği kriteri iyi değerlendirilmelidir.

Ağrılı Yüzler Ölçüleri



0 = çok mutlu, acı yok
1 = sadece biraz acıyor
2 = biraz daha acıyor
3 = daha çok acıyor
4 = çok acıyor
5 = hayal edebildiğin kadar çok acıyor

ŞEKIL 15.1 Ağrı ölçen yüz ifadeleri

Görüşmelerde psikolog, çocuğun yaşına uygun sorgulama düzeyini kolayca düzenleyebilmelidir. Sık kullanılan test süreçlerinin birçoğu 1 ile 10 arasında derecelendirme uygulayan standardizasyon sistemine sahiptir, ne sıklıkla intiharı düşünüyorsunuz? Ne sıklıkla insanları kırmamak için pembe yalanlar söylüyorsunuz? Gibi derecelendirme soruları içerir. Bu tür ölçeklerin kullanımı kullanıcıya anlamlı rakamlar içerisinde benlik algısı, niyet ve duyu oluşumuna ait bilgilere çevrilir. Bu yetişkinler için bir meydan okuma olabilir, ama henüz herhangi bir matematik eğitimi almamış bir çocuk için zor ve kötüdür. İlginç ve yararlı bir yaklaşım olarak ele alınan sorun gelişim araçlarının sayılarla ölçülmesi gerekmez. Buna iyi bir örnek akut ağrıya karşı farklı şekillerde surat ifadelerinin kullanılmasıdır. Çalışmalar göstermektedir ki acı hisli surat ifadelerinin kullanımı çocuklar da 1-9 arası ölçüm sistemine göre daha kolay anlaşılır. Ağrı ölçeği için yüzlerin bir kopyası Şekil 15.1 de verilmiştir.

Beş yaşını aşmış çocuklar vakitlerinin büyük kısmını okulda harcamaktadırlar ve çocuğun okul performansı lise ve hatta yüksek eğitim dönemine kadar dikkatle izlenmelidir. Bu süre boyunca öğretmenler tarafından takip kritiktir ve kim geri kalıyor belirleyip benlik duygusu üzerine kurulan geri dönüşüm programları uygulanarak müdahale edilmelidir. Bu nedenle okullarda çalışan psikologlar uygun bilişsel araçları kullanarak zayıflıkların belirlenmesinde doğru değerlendirmeye ulaşmalıdırlar.

Bölüm 7'de en sık kullanılan zekâ testleri okuyucuya tanıtıldı ve çocuğun bilişsel yetenekleri dikkate alınarak kullanılacak testin öneminden bahsedildi. En sık kullanılan araçlar çocukların bilişsel yeteneklerini değerlendiren Çocuklar için Wechsler Zekâ ölçümü ve Stanford-Binet ölçümünün Bölüm 8'de de kaydedildiği gibi 16 yaş ve üstü için uygun olduğunu gördük. Bu yaş altında çocukların bilgi ve beceri anlamında çok hızlı büyüme kaydettikleri göz önüne alınarak belirli yaş grupları için uygun değerlendirme araçlarının özenle seçilmiş olması gerektiği düşünülmektedir. Yetişkinler için uygulanan şey aynısıdır. Popülerlikteki zekâ testlerinin de gençler için uygulanabilir

versiyonları vardır. Wechsler Zekâ Skalası'nın çocuklar için olan versiyonun 6-16 yaş arası çocuklar için uygundur; fakat fark eden her yıl için geliştirilmiş farklı normları vardır. 12 yaşında bu teste girecek bir çocuk 6 yaş seviyesinin biraz daha üstünden başlatılmalıdır. Bu zaman israfını ve fazla test yanıtlamayı engeller. Doğru yaşın belirlenmesi için oluşturulmuş tipik sorular vardır ve bu sorular 6-12 yaş arasına yöneltilerek tipik başlangıç sorusu oluşturulur (test güvenirliğini arttırmak için uygulayıcılar tarafından uyarlanmıştır).

6 yaş için "Çekiç nedir?" veya "Gemi nedir?"

12 yaş için "Telefon nedir?" veya "Yasa nedir?"

WISC-R (kesinlikle yetişkinler için olan bir test) 6 yaşından küçük çocuklarda uygulandığında matematik ve okuma yeteneklerinden aciz olduğu anlamı taşır. 4 ile 6 yaş arasındaki testler daha çok okulda öğrenilen bilgiler olmadan hazırlanmıştır. Bu yaş grubunda kullanılan ve iyi bilinen Wechsler Okul öncesi ve Birincil Skala (WPPSI) WISC-R'ye göre daha az sözel beceri ve baskılanmış zamana bağlı performans testleri ile diğer testlerden ayrılır. Ayrıca mevcut 14 alt testin sadece 4 ünde genç yanıtlayıcının dikkat süresi daha kısadır. Yanıtlayan büyüdükçe ZB tayini için daha fazla alt sakala kullanılır, örneğin, 4 ile 7 yaş arası altı alt test ile değerlendirilir.

Sınırlı ve bilinçsiz dil edinim süreçleri dikkate alındığında 3 yaşından küçük çocukların ZB puanını belirlemeye çalışmak, belirgin alt yeteneklere ulaşmaya çalışmak gereksizdir. Ayrıca bu yaş grubundaki çocukların 1 saat ya da daha fazla oturup bu uzun testlere odaklanması doğru değildir. Çocuklar için uygun olanı aynı yaş grubundakilerle normlarını karşılaştırıp gelişim aşamasına göre karar vermektir.

Kişilik testlerinin birçoğu ve psikopatoloji çocuklar için uygun değil, yetişkinler için uygundur ve okula yeni başlayanlar için MMPI testi yoktur. Ancak çocuk lise düzeyine ulaştığında kişilik testleri ve düzenli görüşmeler kullanışlı olmaya başlar. Bu arada çocuklar daha çok ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından davranışları yönünde değerlerlendirilirler.

Yenilikçi bir bakış açısı olarak, çocuklarla yapılandırılmış görüşmeler Dominic Görüşmeleridir (Valla, Bergeron ve Smolla, 2000). Burada çocuklara diğer çocukların yaptığı çizimler gösterilir ve çizimlere verilen cevapların benzerliği olup olmadığı karşılaştırılır. Test-tekrar test güvenirliği ve kriter geçerliği tespit edilmiştir, ama yapı geçerliğini belirsizdir.

Ev-Ağaç-Kişi Testi (7. Bölüm'de açıklanmıştır) gibi projektif testler de klinisyenler tarafından kullanılmaktadır. Bu test gibi projektif bir test için yetişkinlerde dahi psikometri kurmanın son derece zor olduğu göz önüne alındığında, çocuklar için daha az bilgi ve klinik gerçeklik söz konusu olduğundan test klinisyene sadece öznel bir fikir verir. Bu aslında insanların belirli bir çizimi ya da ne çizdiğine çocuğun iç konuşmasının bir yanıtı olarak ayrıntılandırılabilir.

GİRİŞİM

Çocuklar için müdahale genellikle üç kategoride yapılmaktadır.

1. **Gelişimsel bozukluklar:** Örneğin öğrenme yetersizliği.
2. **Problemli davranışların dışa yönelimi:** (diğerleri için riskli ve/veya yıkıcı olabilecek davranışlar) Dışa yönelmiş bir problem dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve karşı gelme sorunu.
3. **Problemi içe aktarma:** Sessizlik, depresyon, çekingenlik.

Çocukların sorunlarına yönelik çeşitli tedavi yaklaşımları uygunluğu üzerine kapsamlı bir araştırma olmuştur. Hangi çalışmada, kimin için ve hangi problemden dolayı kanıtlarını incelemeden önce çocuklar için en sık kullanılan tedavi yöntemleri açıklanmıştır

Davranış Terapisi

Davranış terapisi 12. Bölüm'de önemli detayları ile tanımlanmaktadır. Kaydedilmiş olan davranış terapisinin avantajları ayrı olarak dil yetenekleri kişinin parçasında olan davranışını değiştirmek için koşullanma ve model alma tekniklerini gerektirmez ve davranış terapisi uygulamaları yaş sınırı içermez. Anımsayacağınız üzere, 10. Bölümde bir yaşından küçük bir çocuk için bir davranış terapi uygulaması örneğini verdik. Davranış terapisinin temel ilkeler ve tekniklerini yeniden tartışmanın gerekli olmadığını düşünüyoruz.

Oyun Terapisi

12 yaşından küçük çocuklarda görülen kapasite eksikliği, onların soyut düşünmelerini ve dolayısıyla konuşma terapileri veya iç görü yönelimlerinden yararlanmalarını büyük ölçüde engeller (Weisz, 2001). Daha önceden tanımlandığı gibi, davranış terapi ilkeleri, her yaştan kişiye uygulanabilir. Çocuklar için oyunun terapötik kullanımı olsun veya olmasın bu kitapta önceden tartışılmamıştır. Oyun sayesinde çocuklar diğer zamanlarda ifade edemeyecekleri cümleleri veya davranışları oyun içerisinde sergileyebilirler. Oyun ve oyuncaklar burada dolaylı iletişim araçları hâline gelmiştir ve terapistin oyun yoluyla kurduğu iletişim çocuk doğasında doğrudan kurulacak iletişimden çok daha az tehdit edicidir. Oyun terapisi ilk defa yaklaşık 50 yıl önce tanımlanmasına rağmen (Bratton, Ray, Ren ve Jones, 2005, bir inceleme için); oyun terapisi etkililiğinde son 2 meta-analizde anlaşmazlıklar oluştu. Leblanc ve Ritchie (2001) 0.66 standart sapma ve ortalama tedavi etkisi bildirilmiştir. Tedavi süresi tedaviye alınan sonuçla ilgilidir, maksimum 30 tedavi seansı sonrasında beklenen etki meydana gelir.

Çok benzer sonuçlar da Bratton ve arkadaşları tarafından 2005 yılında bildirildi. 93 klinik çalışmanın önce ve sonra etkilerinin ortalama ölçüsü d=80 olarak belirlendi ve oyun terapisi duygusal zorluklar yaşayan çocukların tedavisinde oyun olmaksızın yapılan tedaviler kadar etkin olduğu ortaya çıktı. İleride yapılacak çalışmalar için gerekecek terapötik veya katılımcı özellikleri önerilen tedavi etkinlikleri üzerine odaklanıldı. Bratton ve arkadaşları hümanist bir yaklaşımla annesi tarafından yönlendirme ile büyütülen ve oyunla büyütülen çocuk için, oyunla büyüyen yönünde olumlu fark ve sonuçlar olduğunu bildirdi. Ne çocuğun cinsiyeti, ne ilgili konu, ne de çocuğun yaş değişkenleri yüzünden sonuçların değişmesine neden olan bir bulguya rastlanılmamıştır.

Sistem Terapisi

Yüksek derecedeki ailelere verilen ve sosyal çevre içine yerleştirilen çocukların patolojilerinin oluşmasında kendi aileleri ve yanına verilen ailelerin az da olsa etkili oldukları ve bunların çocuğun talihsizliğinden sorumlu tuttukları görülür. Etkinliğin klinik denemeler için rahatlıkla uygun olmasa da sistem terapisi klinik çocuk çalışmaları için oldukça uygundur. Bölüm 11'de sunduğumuz gibi, sistem terapisi bölümünde, sıklıkla bir çocuk veya ergen hasta olarak tanımlanmaktadır. Bunula birlikte, eğitimli bir sistem terapisti tarafından yapılan dikkatli bir değerlendirme, çocuğun aile bireylerini de içine alan aileden kaynaklanan etkileşimleri de dikkate alınmalıdır ki kalıcı bir değişim sağlanabilsin (Minuchin 1974). Bu nedenle, çocukların terapisi için kardeşleri, ebeveynleri ve bunların arasındaki doğrudan etkileşimleri dikkate alınmalıdır. Aile dinamikleri gözlemsel verilerle donatıldığı takdirde, terapist evdeki kara koyunun hedef rolünü ortadan kaldırabilir ve bu müdahaleden tüm aile bireyleri faydalanabilir. Bu yaklaşımdan kaynaklanan en büyük avantaj ise kimsenin suçlu sayılmaması ve büyük ihtimalle değişim sürecine karşı bir engelleme ya da savunma olmamasıdır. Bir çocuğun klinik psikoloğu özellikle sistem terapisi konusunda iyi donanımlı olmasa dahi, yakın çevre faktörlerine dikkat edilirse ve onların da desteği alınırsa sorunlu kritik davranışın yerine sosyal ağdaki değişimle başarılı davranış şekline dönüştürülebilir.

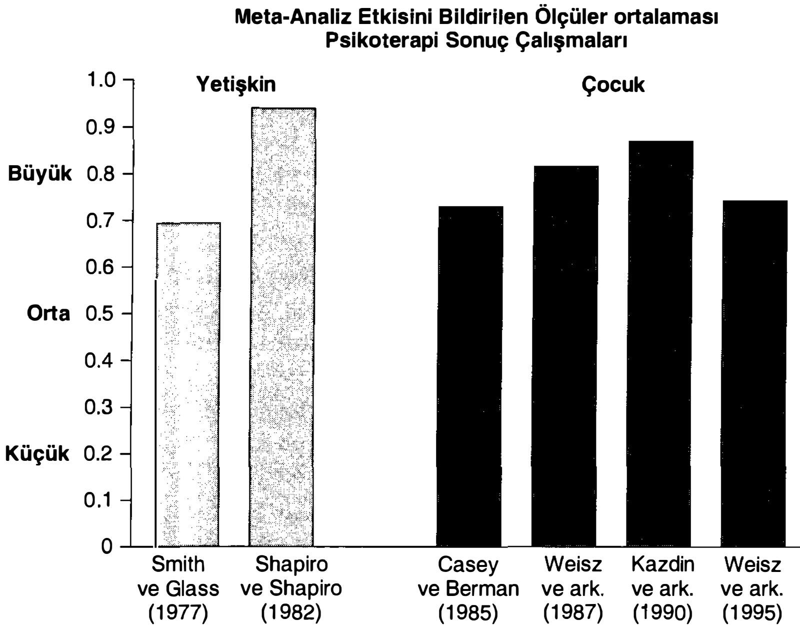
Tedaviye Genel Bakış

Neyse ki çocuklar ve ergenler en azından bazı davranış yaklaşımları için psikolojik terapilerin etkinliği üzerinde araştırmaların çokluğu bulunur. En sık test edileri bilişsel davranış yaklaşımlarıdır çünkü; (a) onlar gözlenebilen davranış özellikleri üzerine odaklanmalarını ve (b) sadece çocukla konuşma terapileri çarpıcı bir kanıt olsa da çalışmaz. Weisz 2001 yılında konuşma terapisinin etkisinin d = 0 olduğunu bildirmiştir. Genel olarak gözlemlenen etki boyutları yetişkinlere uygulanan tedavilerdeki gözlemlerle çok benzerdir (13. Bölüm'de de gördük) ve genellikle büyük etkinin belirlenmesinde geçerlidir. Ayrıca yetişkin tedavilerde tanımı elde etmek için kullanılan değerlendirme kriterlerini kullanarak kanıta dayalı tedavi kriterlerine karşılık gelen birçok müdahale yöntemi vardır ve 13. Bölüm Tablo 15.3'te de açıklandığı gibi etkili olmuş tedavilerin bir listesi görülebilir ve 15.2'deki şekilde meta-analizin kökenleri hakkında bilgi verilmektedir (Brestan ve Eyberg, 1999; McQuaid ve Nassau, 1999; Ollendick ve King, 2004).

TABLO 15.3 Tedavilerin Görgül Geçerliği İçin Özgül Uygulamalar

UYGULAMA	TEDAVİ
Tekrarlanan karın ağrısı	BDT
Tıbbi işleme bağlı ağrı	BDT
Kemoterapi yan etkileri	İmgeleme, dikkat dağıtıcı, rahatlama
ADHD	Davranış ebeveyn eğitimi
	Sınıfta davranış değiştirme
Anksiyete	BDT
Depresyon	BDT
Fobiler	Davranışçı terapi
Davranış Bozukluğu	Bilişsel terapi
	Ebeveyn eğitimi
	Problem çözme becerileri
	Davranış değiştirme
	Stres inokülasyonu/öfke kontrolü eğitimi (ayrıca BDT)

Kaynak: Hunsley ve Lee 2005). Yeniden düzenlenmiştir.



ŞEKİL 15.2 Çocuk ve ergen tedavilerinin meta analiz sonuçlarının karşılaştırılması

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ÖRNEKLERİ

Kasten daha detaylı tartışmak için bu konuyu seçmekteyiz; çünkü başka konu anlatmak istediğimizi göstermez, sadece farklı sağlık personellerinin nasıl birbirleriyle çalışabilmeleri gerektiğini değil, aynı zamanda sosyal eğilimlerin çalışmalara nasıl etki ettiğini de bilmeliyiz. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları yaygınlaşan bir sorun olarak önemini arttırmıştır (Rey ve Sawyer, 2003); etkili mücadelede psikolojik ve farmakolojik etmenlerin bir arada kullanılmasının şekillendirilmesi gerekmektedir ve tanı ve tanıyı takip eden tedavi süreci hakkındaki büyük tartışmalar göz önüne alındığında ortaya büyük bir tartışma malzemesi çıkmaktadır. Hazırlanmış ilaç reçete modelleri bilimsel etkinlikleri yönünden iyi biçimlendirilmiş ve uygulanır durumdadır fakat bunların tamamı da sosyal eğilimler tarafından şekillendirilmiştir. Tartışma argümanının desteğinde hangi psikositümülan ilaçların nasıl ve hangi frekanslarda kullanılacağının ipuçları verilmiştir ve açıktır. ABD ve Kanada'da çocukların %5'i Avustralya'da %2 ve İngiltere'de %0.03'ü psikostimülan ilaçlarla tedavi edilmektedirler (Rey ve Sawyer, 2003). Bu rakamlar dürtüsel kontrol bozuklukları ve nüfus dağılımı farklılıklarına bağlı olarak değişkenlikler göstermektedir; en yüksek olduğu Kuzey Amerika'da %6-7 en düşük olduğu Avrupa'da %1-2 oranındadır. Yalnız İngiltere'de bu oran nüfus dağılımı oranı ile benzerlik göstermemektedir. Bu nedenle de teşhis ve tedavi modellerinin ülkelere ya da bölgelere göre dağılımının oranları en son konuşulacak noktadadır. Kişilerin tutumlarına bağlı olarak uygun referanslar tartışma konusunda destek bulabilir. 1998 yılında Jensen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma göstermektedir ki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları tanısı koyulan çocukların %12,5'ine psikostimülan ilaçlarla tedavi uygulandı. Diğer taraftan ABD ve Kanada'da psikostimülan reçeteleme oranı kabaca %5'tir. Bazı ebeveynlerin bu tarz durumlarda ilaç tedavisine başlamaktansa davranış yönetimi tekniklerinin uygulanmasına sabır gösterip ilaç tedavisinden çok gerekli olmadıkça uzak durmaktadırlar. Kimileri ise her iki sistemin bir arada devam etmesi gerektiğini savunup psikostimülan reçete etmektedirler. Psikostimülanların kullanımı konusundaki anlaşmazlıklar akademik sonuçların ön plana çıkmasını sağlar. Akademik sonuçlar da çocukluk ve ergenlik döneminde gerekli durumlarda psikostimülan kullanımının gerekliliğini ve yerindeğilini desteklemektedir (Barkley ve arkadaşları; 1990). Ayrıca bu arz ilaçların aynı durumdaki yetişkinlerde de kullanımının yararlı olabileceği ortaya çıkmıştır. Maliyet yan etki ve uyuşturucu benzeri etkisi hakkında ise çok az ve sınırlı itiraz vardır. Yine de uzmanlar arasındaki hakim görüş hafif vakalarda ebeveynlerle yapılan davranış terapisi ciddi vakalarda ise ebeveyn ve çocuk eğitimiyle birlikte psikostimülan ilaç kullanımının iyi olduğudur (Barkley, 1998; Johnston, Hommersen ve Seipp, 2008).

Diğer bir tedavi yöntemi ise oyun içerisine taşınmasıdır ki biyolojik geri bildirimler sağlayan bu yöntem, hem umut vermekte hem de tartışılmaktadır. Biyolojik geri bildirimin kontrolü için EEG kullanıldığında çocukların yaklaşık %90'ında bilinçaltını uyararak ön lobda konsantrasyon ve çalışmalara odaklanmayı uyaran bölgede başarılı sonuçlar alındı (Monastra 2005). Başarı sağlanan bu deneklerin 51 tanesinde biyolojik-geri bildirim ve ilaç tedavisi uygulandı. Biyolojik-geri bildirim için bir video oyunu kullanıldı ve beynin gerekli bölgeleri uyarıldı. İlaç tedavisi de uygulanan deneklerin bulunduğu gruptan alınan sonuçlar daha başarılıydı (Monastra, Monastra ve George, 2002). Hastaların %40'ı ilaçla tedaviyi bırakabilir pozisyona geldi. Fakat Monastra'nın çalışmasının kötü yanı uzun ve masraflı olmasıydı, Örneğin çocuk 1 yıl boyunca haftada 1 gün terapiye gelmek zorundaydı. Biyolojik-geri bildirim ilaçlarla uyarı başarılı bir tedavi olarak görülse de olumlu etkilerine rağmen çocukların birçoğu hâlâ ilaç kullanmaya devam etmek durumundadır.

SONUÇ

Bu bölüm, bir yandan çocuklarla yapılan klinik çalışmaların yetişkinlerle yapılan klinik çalışmalara benzediğini, öte yandan farklıları da (ek eğitim, bilinçlendirme ve farklı becerlerin kazandırılması gibi) olduğunu göstermek için tasarlanmıştır.

- Çocuklarla çalışmanın zor etik kısımları vardır.
- Psikopatolojik etiket oluşturmak zordur; çünkü çocuk dışında çocuğun kimliği ailesi ve yakın çevresi ise çok yakın kaynaşma hâlindedir.
- Çocuklarda erken tanı tedavinin maliyetinin azalmasına yardımcı olurken, geç kalındığı takdirde uzun süreli ve maliyetli bir tedavi yöntemi ve sert bir tedavi programı gerektirmektedir.
- Değerlendirme araçları belirli yaş grupları için geliştirilmiş ve standardize edilmiştir.
- Bazı tedaviler sadece çocuklar için bazıları sadece yetişkinler için bazıları ise hem çocuklar hem de yetişkinler için uygundur ve başarılı sonuç alınabilir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Yetişkinler için oluşturulan tüm sistemler çocuk ve ergenler için geçerli değildir ve okuyucular bunun için dikkatli olmalıdırlar. Çocuk testlerinin geliştirilmesi ve yeniden uyarlanması gerekmektedir. Çocukluk çağı sorunlarının önemini anlayarak sürekli

takip altında tutarak genişleyen bir literatür vardır. Mevcut sağlık sistemi çocuk ve yetişkin için ayrı ayrı tasarlanmıştır. Çocukluk çağı sorunlarının bütün hayatı nasıl etkileyeceği ortaya çıkmış bu yüzdende erken müdahalenin ve birincil korumanın önemi ortaya çıkmıştır.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme ve yeme bozuklukları (Feeding and eating disorders of infancy or early childhood)
Bozukluklar (Disorders)
Çocuklar için Wechsler Zekâ Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children)
Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları (Attention deficit and disruptive behavior)
Dışa yansıyan bozukluklar (Externalizing disorders)
Eliminasyon davranış problemleri (Elimination problem behaviors)
Ergenlik yaşı (Age of consent)
Öğrenme bozuklukları (Learning disorders)
Onay (Assent)
Problemlerin içe yönelimi (Internalizing problems)
Rıza (Consent)
Stanford-Binet Ölçeği (Stanford-Binet Scale)
Yaygın gelişimsel bozukluklar (Pervasive developmental disorders)
Zekâ geriliği (Mental retardation)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Çocuklar küçük yetişkinler midir?
2. Yetişkinlerde karşılığı olmayan çocuk klinik psikoloji çalışmaları problemleri nelerdir?
3. Neden sosyal çevrenin etkisi çocuklarda yetişkinlere oranla çok daha güçlü (tedaviye etkisi kadar bozuklukların ortaya çıkması ve sebepleri de dâhil)?
4. Oyun terapisi için yetişkinlerde benzer bir örnek ya da eşdeğer bir yöntem var mıdır?

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised). Washington, DC: Author.

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit-hyperactivity disorder*. New York: Guilford.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, M. A. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 546–587.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 376–390.

Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1999). Effective psychosocial treatment of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5257 kids. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 180–189.

Burd L., Selfridge, R. S., Klug, M. G., & Juelson, T. (2003). Fetal alcohol syndrome in the Canadian corrections system. *Journal of Fetal Alcohol Syndrome International, 1,* 14.

Fast, D., Conry, J., & Loock, C. A. (1999). Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics, 20,* 370–372.

Hunsley, J., & Lee, C. M. (2005). *Introduction to clinical psychology: An evidence-based approach.* Mississauga, Ont.: John Wiley & Sons.

Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C., et al. (1998). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 797–804.

Johnston, C., Hommersen, P., & Seipp, C. (2008). Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Relations to child and parent characteristics. *Behavior Therapy, 39,* 22–32.

Leblanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly, 14,* 149–163. http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713411705~ db=all~tab=issueslist~branches=14-v14

Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* London, England: Tavistock Publications.

Monastra, V. J., Lynn, S., Linden, M., Lubar, J. F., Gruzelier, J., & LaVaque, T. J. (2005). Electroencephalographic biofeedback in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 30,* 95–114.

Monastra, V. J., Monastra, D., & George, S. (2002). The effects of stimulant therapy, EEG biofeedback, and parenting style on the primary symptoms on attention deficit/hyperactivity disorder. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 27,* 231–249.

McQuaid, L., & Nassau, J. H. (1999). Empirically-supported treatments of disease related symptoms in pediatric psychology: Asthma, diabetes, and cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 24,* 305–328.

Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments in children and adolescents: Advances toward evidence-based practice. In P. M. Barnett & T. H. Ollendick (Eds.), *Interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 3–25). New York: Wiley & Sons.

Rey, J. M., & Sawyer, M. G. (2003). Are psychostimulant drugs being used appropriately to treat child and adolescent disorders?*The British Journal of Psychiatry, 182,* 284–286.

Valla, J. -P, Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial for 6–11 year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 85–93.

Wechsler, D. (2004). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence* (3rd ed.). *Canadian manual.* Toronto, Ont.: The Psychological Corporation.

Wechsler, V. (2003). *Wechsler intelligence scale for children* (4th ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Weisz, J. R. (2001). *Two traditions in psychotherapy with children and adolescents: The state of the evidence.* Paper presented at the 2nd Annual Niagara Conference on Evidence-based treatments for childhood and adolescent mental health problems. Niagara-on-the-Lake. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_en.pdf

Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Windelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Inc.

16. BÖLÜM

ADLİ PSİKOLOJİ*

BÖLÜMÜN HEDEFİ

Bu bölümde klinik psikolojinin hukukla ilişkili yönlerinden ve çalışma alanlarından bahsedilecektir. Çalışmaları sırasında klinik psikologlar birbirinden farklı birçok adli durumla ve yasal süreçle karşı karşıya kalmaktadırlar. Ancak bu konuda çok da yalnız sayılmazlar. Örneğin, biyo-psikologlar şiddet içeren olaylarla ilgilenirken, sosyal psikologlar mahkeme jürisinin seçimi gibi çalışmalarda yer alırlar. Dolayısıyla, bu çalışma alanıyla ilgili detayları tartışırken, klinik psikologların bu alanın neresinde ve nasıl yer aldıkları da bölüm içerisinde açıklanmaya çalışılacaktır.

◇ ADLİ PSİKOLOJİ

Geçmişte hakim olan görüş, adli psikolojinin yalnızca klinik psikolojinin bir alt uzmanlık dalı olduğu şeklindeydi (Craig, 2005). Günümüzde **psikoloji ve hukuk, hukuk psikolojisi** ya da **adli psikoloji** (Wrightsman ve Porter, 2006) gibi tanımlarla birlikte anılan bu geniş çalışma alanının temelinde klinik, sosyal, gelişimsel, bilişsel psikoloji ve toplum psikolojisi gibi birbirinden farklı birçok psikoloji alanını barındırdığı düşünülmektedir (Amerikan Hukuk Psikolojisi Birliği). Ayrıca, adli klinik servislerde çalışırken adli psikologların tek başına olmadıkları, aynı zamanda sosyal çalışmacılar, psikiyatri hemşireleri ve psikiyatristler gibi diğer meslek gruplarıyla birlikte hizmet verdikleri de unutulmamalıdır.

Bu alanın tanımlanması konusunda bir takım görüş ayrılıkları olsa da, adli psikolojiyi ilgilendiren alanları kabaca genel psikoloji ile yasal konuların birbiriyle kesiştiği ya da birbirine eşlik ettiği alanlar olarak belirtmek mümkündür. Hukuki konularda ve yasal süreçlerde bu psikoloji alanından elde edilen ilkelerden ve bilgilerden yararlanılır. Adli psikologların bu alanın fark edilir bir biçimde genişlemesi ve kendi içerisinde birbirinden farklı alt dallara ayrılması için verdikleri emekler şüphesiz göz ardı edilemez; ancak öte yandan çalışmaları sırasında klinik psikolojinin de oldukça önemli bir yere sahip olduğu da unutulmamalıdır. Dolayısıyla, adli psikolojinin çalışma alanını tanımlarken daha çok klinik psikologlar tarafından gerçekleştirilmiş olan uygulamalı çalışmalara ve araştırmalara odaklanacağız.

---

* Çevirenler: Uzman Dr. Utkan TİYEKLİ - Dr. Muzaffer ŞAHİN

Bartol ve Bartol (2006), "adli psikolojiyi "...(1) hem tüm yönleriyle insan davranışlarının yasal süreçlerle ilişkisini inceleyen bir araştırma çabası olarak (ör. ifade verenler üzerine yapılan araştırmalar, mahkeme jürisinin kararı ve suçluların davranışları gibi), (2) hem de içerisinde ceza hukuku ile sivil hukukun her ikisini de barındıran pek çok ortak alandan oluşmuş bir yasa sisteminin düzgün bir biçimde çalışması için görüşüne ihtiyaç duyduğu bir mesleki psikoloji alanı olarak tanımlamışlardır (s. 3-4). Bu yazarlara göre adli psikolojinin iki genel amacı vardır. Bunlardan ilki daha yaygın bir biçimde yararlanılan ve polis psikolojisi, bilirkişi tayini, tanık tayini, suç faillerinin tespiti ve tespit edilen bu kişilerin tedavileri ile çocuk velayeti, araştırma ve teori geliştirme, riskli bireyleri korumaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi gibi bir dizi alt başlığı olan amaçlardır. İkincisi, değerlendirme, tedavi ve görüş alma gibi daha dar bir alanda yer alan, kısacası klinik pratikle yasal sistemin birlikte olduğu amaçlara hizmet eden adli psikoloji alanıdır.

Bu bölümde biz adli psikolojiyi, birçok çalışma alanında klinik psikologların ön planda yer aldığı özel bir psikoloji dalı (ve en yenilerinden birisi) şeklinde tanımlamaktayız. Ayrıca, burada konusu gelmişken biz bu kapsamda adli psikoloji tanımına ilişkin farklı görüşleri incelemeleri için öğrencilerin ayrıca Wrightsman ve Porter (2006) ile Weiner ve Hess (2006) gibi daha seçkin kaynaklara yönlendirilmelerini de öneriyoruz.

Bartol ve Bartol (2006), her açıdan adli psikoloji konusunu ele alan bir araştırma ve makale patlamasının yaşandığı 1970'lere dek geçen sürede adli psikoloji alanının yeterince tanımlanmamış olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu yıllar, bir yandan Kuzey Amerika ve Birleşik Krallık bünyesinde salt adli psikoloji alanında yazılmış pek çok mesleki derginin ortaya çıktığı, öte yandan adli psikoloji alanında avukatların uzmanlaşmaları için sertifika veren eğitim kurslarının da bir bir açılmaya başladığı bir dönemdir (Ogloff, Tomkins ve Bersoff, 1996). Bu sırada Birleşik Devletlerin yanı sıra Birleşik Krallık, Avrupa, Avustralya ve Kanada gibi ülkelerde de adli psikoloji alanında belirgin bir ivme görülmüştür (Bk. Blackburn, 1996). Bu konuda çalışan ve araştıran psikologların rollerinin giderek artması da, adli psikolojinin oldukça heyecan verici ve gelişim gösteren bir uygulamalı psikoloji alanı olarak görülmesine yol açmıştır.

Her ne kadar bu alanın kendini düzgün bir temele yerleştirdiği dönem 1970'li yıllar olsa da, psikolojinin yasal faaliyetlerdeki yeri oldukça uzun bir geçmişe sahiptir (tarihsel detaylar için bk. Bartol ve Bartol, 2006). Örneğin, kendisi Fransa'da adli tanıklıkla ilişkili psikolojik konuları ilk ele alan kişilerden birisi olan Alfred Binet (1905), "bilimsel psiko-yargı" kavramını ilk olarak bilfiil öne süren kişidir. Ayrıca, 1901 yılında Almanya'da William Stern ve Franz von Liszt adında iki araştırmacı mahkeme tanıklığı konusunda oldukça etkin araştırmalarda bulunmuşlardır (Stern, 1939). Yasal olaylarda yalanın tespitinde kullanılan psikolojik cihazların geliştirilmesi için yapılan araştırmalara henüz 1904 yılındayken başlanan ülke de, yine Almanya'dır. Daha öncesinde bu kadar sık değilken, Kuzey Amerika'ya kıyasla bu dönemde Avrupa'da psikologların yasal süreçlere daha çok dahil edilmelerinin temel nedeni, psikologlara duyulan ihtiyacın sadece tanıkların ifadeleriyle güvenirliklerinin saptandığı tanık tayini ile sınırlı kalmaması, beklentilerin giderek artması ile ceza davalarında psikologlara bilirkişilik gibi ek görevler de verilmeye başlanmasıdır. Kuzey Amerika'da adli psikolojinin gelişmesine katkıda bulunan insanlardan birisi de, bilimsel kimliğinden daha çok bilhassa renkli kişiliğiyle ve fikirleriyle öne çıkmış Alman asıllı bir psikolog olan Hugo Munsterberg'tir. Bu kişi, 1900'lerin ilk yıllarında Harvard Üniversitesi Psikoloji Laboratuvarının başında olduğu sırada psikologların ve psikoloji biliminin yasal davalara ve süreçlere dahil edil-

mesine oldukça hararetli bir biçimde karşı çıkmıştır (Munsterberg, 1908). Hatta bilimselliğin gerektirdiği titizliği göstermek bir yana, oldukça küstah, düşüncesiz ve ahlaksız davranışlar sergilemiş, böylece psikoloji ve hukuk birliklerinin kendisine karşı antipati beslemelerine neden olmuştur. Benjamin (2003, s.734), kendisini "Amerika'da en çok küçümsenen kişilerden birisi" olarak tanıtmıştır; ancak gerçekleştirdiği çalışmaların psikolojinin yasal alana dahil edilmesi konusunda itici bir güç sağladığı, hatta bazılarına göre adli psikolojiyi kuran kişinin "O" olduğu düşünülmektedir (Bartol ve Bartol, 1999; Wrightsman ve Porter, 2006). Neticede klinik psikoloji alanının genişlemesi, hukukla bu alanın birbirine yakınlaşması ve yasal konuların daha da evrimleşip gelişmesinde onun gerçekleştirdiği testlerin ve araştırmaların da payı vardır.

GÜNÜMÜZDE ADLİ PSİKOLOJİ

Adli psikolojiye günümüzde oldukça hareketli ve hatırı sayılır bir psikoloji alanı olarak bakılmaktadır. Örneğin, 2001 yılında Amerikan Psikoloji Birliği, adli psikolojinin uzmanlık gerektiren bir psikoloji alanı olduğunu ortaya koymuştur. Adli psikoloji alanında gerçekleştirilen yüksek lisans, doktora, doktora sonrası ve daha ileri düzeylere yönelik eğitimlerin yanı sıra, birbirinden farklı birçok eğitim programının Kuzey Amerika, Avrupa, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi ülkelerde her geçen gün sayıları artmaktadır (Ogloff ve ark., 1996). Eğitimlerinin bir kısmını adli eğitime ayırmış klinik psikoloji programlarının sayısı da oldukça fazladır. Örneğin, özellikle adli psikolog eğitimine odaklanmış olan Kanada Simon Fraser Üniversitesinde verilen psikoloji ve hukuk programı, Nebraska-Lincoln Üniversitesinde hukuk psikolojisiyle bütünleşik olarak verilen PhD dereceleri ve Birleşik Krallıkta yer alan çeşitli araştırma psikolojisi programları gibi programlar ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, adli psikologlara lisans ve ruhsat sağlamanın dışında özgün **uzmanlık kılavuzlarıyla** (ör. ruhsat belgeleri ile eğitim açısından zorunlu noktalara yönelik özgün kılavuzlar) **pratik standartların** (ör. görev ve uygulamalara yönelik özgün kılavuzlar) geliştirilmeleri konusunda çalışan çeşitli dernekler de vardır (Otto ve Heilburn, 2002). Bugünkü geldiğimiz noktaya baktığımızda, yalnızca adli psikolojiye yönelik olarak hazırlanmış binlerce kitapla 25'ten fazla hakemli derginin olması, bir anlamda adli psikoloji alanında yürütülen araştırmaların hâlen oldukça hareketli olduklarının da birer kanıtıdır (Bartol ve Bartol, 2006).

ADLİ KLİNİK PSİKOLOG

Mesleki uygulama alanları adli olaylar olan ve bu konuda özel eğitimlerden geçen klinik psikologlara adli klinik psikolog denir. Bu psikologlar bir yandan değerlendirme, tedavi ya da görüş alma gibi hizmetler verirken, öğrencilere veya diğer meslektaşlarının eğitimlerine ya da süpervizyonlarına katkıda bulunurlar veya araştırma yaparlar. Adli klinik psikologlarının genel anlamda klinik psikoloji gibi uygulamalı psikoloji alanlarında PhD unvanına sahip olmaları, ayrıca hukuki ve yasal süreçlerin işleyişleri gibi adli konularda hizmet verebilmeleri için de özgün bir eğitimden geçmiş olmaları istenir. Bunlara ek olarak, uygulama lisanslarının yanında adli psikoloji alanında çalışma ruhsatlarının da olması istenir (sadece araştırmayla ilgili bir çalışmaysa lisans şart değildir). Bu psikologlar ceza-

evleri, hastanelerde bulunan özel adli birimler, çeşitli adli kurumlar, özel güvenlik ya da üniversiteler gibi farklı birçok alanda çalışabilirler. Daha önceden de ifade edildiği gibi, adli hizmetlerin yanı sıra genel klinik becerilere yönelik olarak da eğitilmiş olmaları ve adli klinik alanında uzmanlaştıklarına dair bir lisans almış olmaları şarttır.

Klinik psikologlar uygulama ya da araştırma ile ilgili çalışmalar yaparken birbirinden farklı pek çok alanda roller üstlenirler. Bu çalışma alanları bu konuda söz sahibi olan bazı yazarların tanımladıkları başlıklar altında sunulacaktır:

Polis Psikolojisi

Psikologların hukuki uygulamalara dahil edilmeye başlanmasının üzerinden geçen kısa zamana karşın, psikologların polisle ilişkili olaylarda oynadıkları roller giderek artmış, hatta günümüzde hukuki yaptırım açısından oldukça etkin bir konuma yükselmişlerdir (Scrivner, 2006). Adli klinik psikologların bu kapsamda verdikleri hizmetler açısından bakıldığında bunların hukuki yaptırım sürecinde gelen başvuruları; saptamaları, değerlendirilmeleri ve uygunluklarının belirlenmesi gibi faaliyetlerin yanı sıra polis memurlarıyla ailelerine yönelik verilen psikolojik hizmetlerden [stres yönetimi, travma tedavisi, kritik durum paylaşımları, depresyon, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), aile problemleri vb.] polislerin nöbet sırasında formda olup olmadıkları ya da akıl hastalarına karşı gösterdikleri tutumlar konusunda değerlendirilmelerine ve eğitilmelerine kadar geniş bir çeşitliliğe ve dağılıma sahip faaliyetler olduklarını görürüz.

Bazı polis teşkilatlarında psikologlar, **suç profilinin çıkarılması** gibi faaliyetlerde de çalışırlar. Tanım olarak suç profilinin çıkarılması, suç mahallinden, tanıklardan ya da kurbanlardan elde edilen kanıtların kullanılarak olayın tam olarak aydınlatılması anlamına gelen bir işlemdir. Her ne kadar televizyon dizilerinde ya da Hollywood filmlerinde adli klinik psikologların rutin olarak bu işlerde çalıştıkları zannedilse de, gerçek hayatta bu çok da sık rastlanan bir durum değildir (Wrightman ve Porter, 2006). Aslında suç profilini belirleyen kişiler psikologların aksine kanun görevlileridir. Adli psikoloji programlarında psikologlara bu faaliyete ilişkin herhangi bir eğitime de yer verilmez yani diğer bir deyişle profil çıkarma çoğu kişinin bilinenin aksine adli psikolojinin çalışma alanında yer alan bir işlem değildir.

Suç ve Suçlu Davranışı

Bu alanda suçlu davranışlarıyla bu davranışların nasıl ve ne şekilde ortaya çıktıkları, gelişimleri, sürdürümleri ve değişimleri sırasında geçirdikleri aşamalar araştırılmaktadır (Bartol, 2002). Örneğin **psikopati** –diğer bir deyişle utanç, empati ya da vicdan gibi duygulardan yoksun olma; dürtüsellik ve sosyal kurallar ile kanunları sürekli hiçe sayma gibi karakteristik özelliklere sahip olan bu kişilik bozukluğunun belirtilerini ve gelişim aşamalarını inceleyen araştırmalar günümüzde oldukça revaçtadır. Cezaevi popülasyonlarında oldukça yüksek görülme oranlarına sahip olan psikopatinin (ör. %1 oranındaki genel popülasyona kıyasla %15 ile %25 arasında değişmektedir), toplumda en büyük suç, şiddet ve sosyal zarar nedeni olduğu oldukça iyi bilinen bir gerçektir (Hare, 1996). Klinik faaliyetler açısından bu alanda yapılabilecek çalışma konularına örnek olarak; tehlike potansiyeli ya da riski taşıyan bireylerin saptanmasında kullanılabilecek araçların geliştirilmesi ile suç ve şiddet davranışlarına yönelik müdahale stratejilerinin tasarlanması ve bunların etkinliklerinin değerlendirilmesini içeren çalışmaları verebiliriz.

Viktimoloji (Mağdur Bilimi)

Mağdurlar ya da görgü tanıklarının maruz kaldıkları şiddet davranışlarından sık sık etkilendikleri, hatta bazı vakalarda bu davranışların oldukça acı verici ve yıkıcı sonuçlara yol açabildikleri gösterilmiştir. Bu mağdurların değerlendirilmeleri ve tedavileri için psikologların sağladıkları katkılar oldukça fazladır. Büyük nitelikli suçlara (tecavüz, saldırı gibi) maruz kalan mağdurların tedavilerinin yanı sıra, ayrımcılık, ihmal ve taciz gibi durumlarda da yine aynı şekilde uygun olan tedavinin yeterli derecede sağlanması gerekir. Bu tip olaylarla karşı karşıya kalan mağdurların yaşadıkları yoğun sıkıntıların ve diğer travma belirtilerinin altında yatan etkenlerin yalnızca önceki yaşadıkları kötü deneyimlerle sınırlı kalmadığı, o sırada yürütülen adli tıp hizmetleri ile tazminat, iş kaybı ya da özür başvuruları gibi bürokratik işlemlerin de oldukça olumsuz etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Campbell, 2008).

Rehabilitasyon (Islah Etme) Psikolojisi

Bu alanda çalışan psikologlar tipik olarak rehabilitasyon (ıslah etme) merkezlerindeki kişilere hizmet verirler. Rehabilitasyon psikolojisi ile ilgili faaliyetlerde bulunan psikologların ana hedefleri arasında, tutukluların esenleştirilmeleri ve tekrar topluma kazandırılmaları amacı güden tedavilerin uygulanması ve geliştirilmesinin yanı sıra uygun tedavi koşullarının sağlanması vardır. Ayrıca bireysel ve grup psikoterapileri ile stres yönetimi, sosyal beceri eğitimi ya da kriz müdahaleleri gibi özel tedavi tarzları önerilen yaklaşımlar arasında sayılabilir. Dahası, psikologların test yapma ve değerlendirmede bulunmanın yanı sıra mahkumların gizlilikleri, şartlı tahliyeleri ve çeşitli programlara uygunlukları gibi konularda bilgi ve görüş bildirmek gibi görevleri de vardır. Tüm bunlara ek olarak psikologlar, "mahkum olmanın" çeşitli davranışlar üzerindeki etkinliğinin araştırıldığı çalışmalarda veya cinsel suçlular, psikopatlar ya da çocuk suçlular gibi özel popülasyonları ilgilendiren çalışmalarda da bulunabilirler.

Psikoloji ve Hukuk ya da Yasal Psikoloji

Konusu kapsamında psikoloji ile mahkeme arasında süregelen bir dizi faaliyetin bulunduğu bu alan, içerik olarak oldukça geniş olup (Bartol ve Bartol, 2006) bunlar araştırma, konsültasyon ve değerlendirme ile daha önceden sözü geçen bazı faaliyetlerdir. Bu alanda çalışan psikologların araştırma ya da özel uzmanlık gerektiren bir alanda bilirkişilik yapma, jüri seçimine yardımcı olma, ceza ehliyetiyle (ör. kişinin adli kovuşturmayı anlayabilme kapasitesinin olup olmadığı) ceza sorumluluğunu belirlemek gibi görevlerinin yanında (ör. kişinin suç sırasında akli dengesinin yerinde olup olmadığı) çocuğun velayet hakkının kimde kalacağı, aradaki çatışmaların çözümlenmesi ya da çocuğun istismar edildiği şeklinde iddiaların değerlendirilmesi gibi konularda da görevleri vardır. Kuşkusuz klinik psikologların da içinde bulundukları bu alanın kapsamında uzman görüşü alma, değerlendirme teknikleri, stratejileri ve gerçekleştirilen müdahalelerle ilgili yapılan araştırmalarla ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin tümü vardır.

Bu liste hazırlanırken detaylardan çok klinik psikologların çalıştığı alanlara daha geniş bir yelpazeden bakılması amaçlanmıştır.

PRATİK AÇIDAN GENEL KLİNİK PSİKOLOJİ İLE ADLİ PSİKOLOJİ ARASINDAKİ FARKLAR

Genel klinik psikoloji pratiğiyle adli psikoloji pratiği arasındaki farklar Craig (2005) tarafından detaylandırılmış olup, bunların yapısında daha farklı öngörüleri ve özellikli görevleri barındıran adli psikoloji pratiğinin yasal kapsamını ve sınırlarını anlamak açısından oldukça kullanışlıdırlar. Bu farklar burada ayrıntılı bir biçimde açıklanmıştır:

1. Klinik psikologların amaçları hastaya yardım etmek iken, adli psikologlar asıl olarak mahkemeye hizmet ederler. Bu farklılık, psikoloğun kim için çalıştığının anlaşılması açısından oldukça önemli bir esas olup, psikoloğun görüşmeye aldığı, gözlemlediği ya da test ettiği kişi ile arasında karşılıklı yaşadığı etkileşimlerle birlikte kendisinin taşıdığı sorumluluklar açısından elzemdir. Psikolog sadece bir kişi ile çalışıyor olsa bile, psikoloğun davranışları ve sorumlulukları kendi hastasına ya da mahkemeye göre oldukça değişkenlik gösterir.
2. Klinik psikologlar hastalarını sıklıkla daha geniş bir süre zarfında, birden çok sayıda ve fazlaca yapılandırılmamış seanslarda değerlendirirler. Buna karşın, adli psikologlar danışanını oldukça iyi düzeyde yapılandırılmış ve değerlendirici niteliğe sahip birkaç seans içerisinde değerlendirmek durumundadırlar. Bunun yanı sıra, klinik psikolog adli olmayan durumlarda klinik soruna yönelik konulara yönelebilirken, adli olaylarda sıklıkla daha çok mahkemeyi ilgilendiren konulara odaklanma eğilimindedir.
3. Klinik psikolog açısından gizlilik ilkesi görüşmenin başlıca dayanak noktası olup, oldukça kişisel olan konuların görüşme sırasında serbestçe ortaya konmasına izin verilir. Adli açıdan süreç bunun tersine işler. Hatta hastalar ya da danışanlar bu değerlendirmeden elde edilen bilgilerin mahkemede kendileri aleyhinde kullanabilecekleri konusunda bilgilendirilirler. Klinik açıdan gizlilik ilkesine bağlılığın sürdürülmesi oldukça önemliyken adli açıdan bakıldığında bunun bir önemi yoktur. Hatta adli psikoloğun görüştüğü ya da test ettiği kişiye görüşmede verdiği yanıtların adli süreçlerde açık bir biçimde tartışılabileceği ve bu bulguların kendisi hakkında kullanılabilecekleri konusunda bilgi vermesi zorunludur.
4. Klinik psikologların normalde kanunların kendi pratiklerini ilgilendiren kısımlarını bilmeleri gerekirken, adli psikologların hem kendi pratiklerini hem de bazı özel durumları ilgilendiren kanunları ve adli süreçler hakkında bilgi sahibi olmaları gerekir. Ayrıca, adli psikoloğun tanıklıkla ilgili olan çeşitli kuralları ve düzenlemelerin yanı sıra, mahkemede sunulabilecek kanıtlarla ve bilgilerle doğrudan ilişkisi olan süreçlerin nasıl işlediğini de bilmesi ve anlamış olması gerekir.
5. Psikologlar birbirinden farklı iki kapsamda çalışırlar. Klinik açıdan klasik kapsamda bakıldığında, psikoloğun çalışmaları sonucunda kişinin işlevselliğinin arttırılması, acılarının ya da içsel çatışmalarının yatıştırılması ve gelecekte kişinin problemlerinde ya da hastalığında ortaya çıkabilecek tekrarların engellenmesi yani sonuçta kişinin yaşamının daha işlevsel bir hâle getirilmesi amaçlanır. Adli durumlarda ise, psikoloğun çalışmaları sonucunda kişinin bir çocuğun velayetini kazanması ya da kaybetmesi veya tazminat alması (bazen milyon dolarları dahi bulabilir) ya da itham edilen suçlamalar sonucunda suçlu bulunması gibi durumlar açığa kavuşturulur.

6. Tedavi açısından bakıldığında yine önemli farklılıklar vardır. Klasik durumlarda psikoloğun hastalarla ilgilenirken destekleyici, koruyucu ve empatik olması ve de hastanın yardım arayışında olduğunu düşünerek kişisel konuları tartışırken daha cana yakın ve açık sözlü olması beklenir. Bu durumda hasta psikoloğu kendi isteğiyle görmekte ve ondan yardım istemektedir. Adli kapsamda bakıldığında psikoloğun daha araştırıcı bir tutum sergileyerek daha nötr ve objektif bir biçimde hareket etmesi, en önemlisi danışanın yanıt verirken hasta rolü yapma, yanlı cevaplar ya da gerçeği çarpıtma gibi bir tutum içerisinde bulunabileceği olasılığını göz önünde bulundurması istenir. Bu gibi durumlarda danışanın psikoloğu kendi isteğiyle görmediği ve de psikoloğun araştırmalarına oldukça dirençli olabileceği unutulmamalıdır.
7 Psikolojik araştırmalar açısından bakıldığında olası ihtimalleri değerlendirirken psikologlar görgül yöntemler kullanarak ortaya çıkan bazı bulguların gerçeği ne kadar yansıttığını tespit etmeye çalışırlar. Adli durumlarda bulgular ve kanıtların güvenirliği değişkenlik gösterir. Wrightsman ve Porter (2006), psikologların güvenilir verilere ulaşmak ve bulguların geçerli ve tekrarlanabilir olması amacıyla sorgulamaları sırasında soru sormaya yönelik olarak eğitildiklerini, öte yandan avukatların, hakimlerin ya da diğer hukuk profesyonellerinin daha çok kendi geçmiş deneyimlerini, önsezilerini ve kesinlikten daha uzak ihtimal içerisinde diğer bilgi kaynaklarını değerlendirmeye yönelik bir tutum gösterdiklerini öne sürmüşlerdir. Dolayısıyla, kapsam açısından bakıldığında gerçekler ve araştırma bulguları da değişkenlik gösterebilmektedir.

Bu listeye göre adli çalışmalarda bulunan klinik psikologların çalışma içeriğinin ne olduğunu düşünmeleri ve adli süreçlerde çalışırken farklı hareket etmeleri gerektiği oldukça açıktır. Klinik olarak adli bir içeriğinin olması, işlenen konuyla ilgili olarak yürütülen çalışmalardaki birçok parametrenin, öngörülen varsayımların ve çalışma pratiğinin de beraberinde değiştiği görülmektedir.

◇ ADLİ PSİKOLOĞUN GÖREVLERİ

Bu bölümde, öncelikle psikologların başlıca görevlerinin ne olduğuyla ilgili bazı konuları tartışacağız, daha sonrasında klinik psikologların adli durumlarda nasıl çalıştıkları ve neler yaptıklarına odaklanacağız. Ayrıca buraya kadar yapılan değerlendirme, tedavi, konsültasyon ve araştırma gibi tanımları da açıklamaya çalışacağız.

Değerlendirme

Klinik psikologların özellikli görevleri arasında sayılan değerlendirme, adli klinik psikologlarının da çalışmalarında büyük yeri olan oldukça önemli bir görevdir. Klinik açıdan değerlendirme, içeriğinde klinik görüşmelerin, davranış gözlemlerinin, objektif ve projektif testlerle entelektüel ve/veya nöropsikolojik testlerin olduğu ve çoğunlukla diğer görüşmelerden tamamlayıcı bilgilerin de toplandığı ve sentezlendiği aşamalara sahiptir. Adli açıdan bakıldığında bu gibi aktiviteler sırasında daha önceden de bahsedilen bazı

varsayımların, sorumlulukların ve görevlerin de işin içinde olduğu unutulmamalıdır. Aynı zamanda, belki de en önemlisi, sorulan soruların temelinde irdeleme amacı vardır. Klinik durumlarla ilgili sorular daha çok teşhis koyma, formülasyon ve tedavi önerilerinin etrafında dönerken, adli durumlardaki soruların içeriğinde daha özgün yasal konulara (ör. kişinin mahkeme süreçlerine uygunluğu gibi) odaklanılır.

Bu bölümde, adli psikolojide yaygın kullanılan bazı değerlendirme araçlarından söz edeceğiz. Ayrıntılardan çok size burada yapılan işlerin neler olduklarını açıklamaya ve bunların sınırlarını çizmeye çalışacağız. Daha önceden bahsedilmiş testlerle değerlendirme yöntemlerinin birçoğu (ör. entelektüel ve nöropsikolojik değerlendirme araçları) aynı zamanda adli durumlarda da farklı amaçlara yönelik olarak kullanılırlar. Öte yandan, bu testlerin ve yöntemlerin geçerli ve güvenilir sonuçlar vermeleri bir yana, mahkemede savunma ve kovuşturma hakimlerinin de konuyu dikkatli bir biçimde inceleyebilmelerine olanak sağlar bir yapıda olmaları da beklenir.

Grisso (1986), şimdiye dek adli psikolojide yaygın kullanılan araçları üç sınıfa ayırarak betimlemiştir:

Adli Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

Bu kategoride kullanılan adli test tipleri, kişilikle ya da psikolojiyle ilgili değişkenleri değerlendirmekten çok özel yasal standartların ya da yasal düzenlemelerin değerlendirilmeleri amacıyla geliştirilmiş olan araçlardır. Örneğin, maaş vesayeti ya da ehliyeti ile ilgili durumları değerlendiren testler bu kategoride yer alırlar. Yasal düzenlemelerle ilgili tanımlamaların geçerlik ve güvenirlikle ilgili tanımlamalara oldukça yakın olmaları, bu testlerin geliştirilmelerini zorlaştırmakla birlikte, yargı kurumundan kurumuna büyük değişkenlik göstermeleri de diğer bir problemdir. Ayrıca, yapılan ölçümlerin geçerliklerinin ve güvenirliklerinin değerlendirildiği araştırmaların da zorlukla yürütülmeleri ve çoğunlukla da istenen ideal görgül destekten uzak bir tutum sergilenmesi de göz önünde bulundurulması gereken oldukça önemli dezavantajlardır (Ogloff, 2002).

Burada örnek olarak, Uyumluluk Tarama Testi (Lippsitt, Lelos ve McGarry, 1971) ya da Suçluluk Hükmü için-MacArthur Uyumluluk Değerlendirme Aracı (MacCAT–CA; Hoge ve ark., 1997) ile Klinik Araştırmalar için-MacArthur Uyumluluk Değerlendirme Aracı ((MacCAT–CR; Applebaum ve Grisso, 2001) gibi ölçekleri sayabiliriz. Bunlar kişinin adli süreçleri anlama, kendini bilerek savunma ve duruşmaya çıkma gibi işlemleri yapabilme kapasitesini değerlendirmede kullanılırlar.

Hukukla İlişkisi Bulunan Değerlendirme Araçları

Bunlar yasal standartlara ya da açık bir biçimde tanımlanmış olan yasal düzenlemelere odaklanan araçlar değillerdir. Bu araçlar daha çok temaruz varlığına (ör. isteyerek ve bilinçli bir şekilde kişinin kendini hasta olarak göstermesi veya bir özrü ya da bozukluğu varmış gibi davranması), daha farklı tepkiler veren gruplara ya da kişinin suç eylemiyle ilişkili kişilik özelliklerine yönelik değerlendirmeler için kullanılan, kısaca kişinin yasal bir olayla ilişkili klinik bir durumunun olup olmadığını belirleyen araçlardır. Örneğin, **Bildirilen Belirtilere Yönelik Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği** (Rogers, 2010) özellikle temaruzun değerlendirilmesi için tasarlanmış bir ölçektir.

Oldukça yaygın kullanılan araçlardan birisi de psikopati varlığının değerlendirilmesi amacıyla kullanılan **Hare Psikopati Kontrol Listesidir** (PCL; Hare, 2003). Hatta Otto ve Heilburn'e (2002) göre psikologlar arasında oldukça popüler olan bu ölçeğin Kuzey Amerika'da yılda 60,000 ila 80,000 kez uygulandığı düşünülmektedir. 20 maddelik bir skalaya sahip olan bu ölçek ile patolojik kişilik stiline yönelik davranışsal, afektif ve kişiler arası özellikler değerlendirilmektedir. Aynı zamanda içerisinde daha önceden yayınlanmış olan kayıtlar ve belgelere ait bir derleme de vardır. Başlangıçta bir araştırma aracı olarak geliştirilmiş olmasına karşın (Hare, 1991), zaman içerisinde adli değerlendirmelerde oldukça yaygın kullanılan bir psikopati ölçeği hâline gelmiştir.

Klinik Ölçekler ve Değerlendirme Teknikleri

Bunlar kliniğe yönelik olarak geliştirilen araçlar olup (ör. değerlendirme, tanı, formülasyon ve tedavi gibi konular), aynı zamanda adli değerlendirmelerde de kullanılırlar. Yeterli geçerlik ve güvenirlik düzeylerine sahip oldukça iyi geliştirilmiş araçlar olmalarına karşın yasal standartları ya da içerikleri doğrudan değerlendiremezler.

Birçok adli değerlendirmede birbirinden farklı objektif zekâ ve kişilik testlerinden yararlanılır. MMPI/MMPI-2 bunlardan birisidir. MMPI/MMPI-2, genellikle kişilik ve psikopatoloji ölçeği olarak kullanılmasına karşın MMPI-2 testinde adli konulara yönelik çeşitli alt ölçekler de vardır. Örneğin Megergee (1977), özellikle suçlulara yönelik MMPI temelli bir sınıflama sistemi geliştirmiş ve 1994 yılında bu sistemi, erkekleri ve kadınları ayrı ayrı puanlar bir biçime sokarak revize etmiştir. Bu sistemin temelinde çeşitli klinik alt ölçeklerden oluşan birbirinden farklı değerlendirmeler bulunur. Megergee sınıflama sisteminde 10 tip MMPI-2 suçlu profili vardır. Örneğin, 4,8 ve 9 numaralı klinik ölçeklerde yükselme olması, geçmişte oldukça fazla suça karışmış şehirli, kabadayı, alaycı ve antisosyal kişilerle karakterize "Foxtrot" profiline işaret eder. Ayrıca MMPI-2 kadar sık kullanılmamakla birlikte adli durumlarda MMPI-2'ye alternatif olduğu düşünülen, ancak yine de adli amaçlarda kullanımı pek de rağbet görmemiş diğer bir test ise, genellikle temaruz tespitinde kullanılan MCMI-III testidir (Dyer ve McCann, 2000). Adli durumlarda objektif testlerin yanı sıra projektif testler de kullanılırlar (Craig, 2005). Örneğin, temelinde kavramsal bir puanlama sistemi olan Rorschach Mürekkep Testi, Amerikan mahkemelerinin uygunluk kriterlerini karşılayan ve yıllardır mahkeme süreçlerinde kullanılagelen bir test olup, aynı zamanda polis merkezlerinde kişilik testi olarak da kullanılmaktadır. Bunların dışında gözaltı değerlendirmelerinde ve cinsel suiistimalle ilişkili durumlarda ABD mahkemelerinde kullanılan testlerden birisi de Tematik Algı Testidir (Craig, 2005).

TEDAVİ

Bu daha çok klinik psikologları ilgilendiren bir konu olup, bugüne dek adli psikolojiye yönelik yapılan psikolojik tedaviler daha az dikkat çekmiştir. Bir kısım psikologlar, kendi aralarında tedavinin adli durumlardan bağımsız olarak gerçekleştirilip gerçek-

leştirilmeyeceği konusunda tartışırlarken; diğerleri özellik arz eden bu adli tedavilerin genel adli psikolojiyle pek bağlantılı olmadığını, sadece suçlunun ıslah edilmesiyle ilgili olduğunu; bazı adli psikoloji alanlarından ibaret olduğunu öne sürmektedirler. Burada bu konuyla ilgili üç alandan kısaca bahsedeceğiz.

Suç Faillerinde Tedavi

Daha farklı polikliniklerde ya da bazı özellikli durumlarda da yapılıyor olsa da, genelde suç faillerinin tedavilerine tipik olarak ıslah etme programları sırasında rastlarız. Tedavide asıl hedeflenen amaç suç davranışını azaltmaktır. Gendreau, Goggin, French ve Smith (2006) gibi araştırmacılara göre bu tür tedavi programlarının esasları şunlardır:

1. İlgili suç davranışı ile sıkı bağlantılı sayılan kişilik özellikleriyle kişinin yaşamını etkileyen olayların ve çevresinin değerlendirilmesi;
2. Uygun tutum, beceri ve davranışların geliştirilmesine yardımcı olabilecek psikoterapi teknikleri;
3. Burada başarı kriteri olarak tekrarlama eğilimi (ör. tekrar suç işleme) esas alınır.

Genellikle psikologlar daha çok bireysel tedavi tarzlarına odaklansalar da, aslen ıslah edilme gibi konularda sık kullanılan yaklaşımlar arasında sadece kişi odaklı bilişsel, davranışsal terapiler değil, grup terapileri de vardır. Bu tedavi şekilleri genellikle gruplarda veya bazı zor durumlarda kullanılırlar. Bazı psikologlar hasta sayısının fazla olduğu durumlarda özgül gruplara yönelik tedavilerin stratejik açıdan daha uygun olduğu şeklindeki bir bakış açısına sahiptirler. Ancak bazı yazarlara göre, tedavinin etkin olarak sağlanamadığı oldukça heterojen olan gruplarda suç davranışını temel alan genel bir tedavi yaklaşımı (ör. cinsel suçluların tedavilerinde) daha yararlıdır (Otto ve Heilburn, 2002).

Hapishanelerde henüz yaygın olmasa da, ıslah etmeye yönelik özel tedavi gruplarına bir örnek olarak, mevcut davranışın şiddetini azaltılmayı ya da ortadan kaldırmayı hedefleyen şiddet suçlularına yönelik özel tedavi programları uygulanabilir. Çoğu şiddet suçlusunda kullanılan tedavi yaklaşımlarının iki ana odağı vardır; bunlardan ilki hastanın saldırganlığına ve öfkesine yönelik kendini denetleme davranışlarını geliştirmesine yardımcı olmak, ikincisi ile bilişsel çarpıtmalara ya da akılcı olmayan inançlara dikkatini çekerek düşünce yapısını değiştirmektir. Dolayısıyla, hem duygusal hem de bilişsel süreçlere odaklanan bir yaklaşımın şiddet davranışını azaltmak açısından daha uygun olduğu düşünülmektedir (Weiner ve Hess, 2006).

Özel gruplara yönelik oldukça yaygın tedavi biçimlerine verilebilecek bir diğer örnek, birbirinden farklı bakış açılarına sahip tedavi yaklaşımlarından oluşmuş psikopati tedavisidir (Hare, 1996). Hare (1996, s. 41), psikopati tedavisine yönelik iyi bir tedavi sağlanması için şu gözlemde bulunmuştur: "Psikopatinin bilinen bir tedavisi yoktur... adalet sistemi ve kamu bundan fazlasının olduğuna inanmakla sadece kendilerini kandırırlar." Ayrıca henüz psikopati tedavisinin etkin olduğuna dair herhangi bir kanıt da yoktur. Hatta asıl şaşırtıcı olan durum, tedavinin psikopatın diğer insanları daha iyi manipüle ve kontrol etmesini sağlayan yolları öğrenmesi ve bunları geliştirmesine katkıda bulunabilme ihti-

mali nedeniyle psikopati tedavisinin şiddet ve suç davranışında *artışa* neden olabilmesidir (Rice, Haris ve Cornier, 1992). Öte yandan, son dönemde psikopati tedavisinin daha yoğun ve sık bir biçimde daha uzun bir süreye yayılarak yapılması durumunda daha umut verici sonuçların elde edilebileceği şeklinde bazı öngörüler de yok değildir (Bonta, 2002).

Peki genel olarak bakıldığında suçluların tedavi edilmeleri mümkün müdür? Bu tartışma yoğun bir biçimde hâlen devam etmektedir. Geçtiğimiz 100 yıl içerisinde, tekrar suç işlenmesinin önüne geçilmesi amacıyla mahkumların ve ıslah evlerinin genel olarak cezalandırmaya değil, daha çok rehabilitasyona (ıslah etmeye) odaklanılması gerektiğini öne süren bir **rehabilitasyon (ıslah etme) fikri** ortaya atılmıştır. Daha öncesinde ıslah etmenin ya da iyi bir tedavinin elde edilebileceğine dair herhangi bir kanıtın olmadığı şeklindeki görüş hakimdi (Martinson, 1974). Oysa yakın bir dönemde, bazı ıslah programları ile ilgili çalışmaların meta-analizlerini özetleyen Gendreau ve ark. (2006), genel olarak en etkin tedavi türlerinin ıslah merkezi dışında gerçekleştirilmiş olan iyi yapılandırılmış bilişsel temelli müdahaleler olduğunu öne sürmüşlerdir.

Suç Mağdurlarında Tedavi

Suç eylemlerinin mağdurlar üzerinde oldukça yoğun duygusal ve psikolojik etkilerinin olduğu oldukça iyi bilinen bir gerçektir. Bu hem suç eyleminin kendisinden, hem de mağdurun takip etmesi gereken raporlama ya da başvuru birimlerindeki süreçlerden kaynaklanan bir durumdur (Campbell, 2008). Adli olaylarla ilişkili olarak tedavide çoğunlukla TSSB ve ilişkili belirtilere odaklanılsa da (Amstadter, McCart ve Ruggerio, 2007), suç kurbanları depresyon, madde kötüye kullanımı, dissosiyatif yaşantılar gibi bir dizi psikolojik problemle ve bozuklukla da karşı karşıyadırlar (Kilpatrick ve ark. 2003).

Yasa dışı eylemleri sonlandırmayı amaçlayan tedavilere ilişkin çalışmaların sayıca daha fazla olması nedeniyle, klinik ve araştırmalarda suç faillerinin, mağdurlardan daha önde tutuldukları şeklinde bir algı ortaya çıkmıştır. Akut stres bozukluğu ile TSSB gibi bozuklukların tedavilerine yönelik yapılmış araştırmaların ilk başlarda askeri personel ile yapılmış olmasına karşın, suç olaylarının neden olduğu travmalara ilişkin yapılmış olan çalışmaların sayısı daha fazladır. Son yıllarda gelişme gösterdiği bilinen tedavilere örnek olarak cinsel istismar, tecavüz ve diğer tip travmalara maruz kalmış çocukları ya da erişkinleri ilgilendiren tedaviler verilebilir (Rizzo, Stover, Berkowitz ve Kagan, 2008).

Etkinlikleri açısından bakıldığında, zaman içerisinde erken dönemde yapılan müdahalelerle TSSB geliştikten sonra yapılan müdahalelerin her ikisine de yön veren bazı kanıtlara ulaşılmıştır. Örneğin, Foa, Zoellner ve Feeny (2006), travmaya ilişkin belirtilerin azaltılmasında kısa süreli BDT temelli bir tedavinin etkin olduğunu bulmuşlardır. Bu tedaviler, bireylerin travma belirtilerine ve travma yanıtlarının oluşum aşamalarına yönelik farkındalıklarını arttırmayı amaçlayan psiko-eğitimler ile gevşeme egzersizleri, bilişsel tekrar yapılandırma ile maruz bırakma gibi öğelerden oluşurlar. Genelde tedavi programlarında benimsenen daha çok kombine yaklaşımlar olsa da, yukarıda sayılan tüm elemanların TSSB tedavisinde etkin oldukları gösterilmiştir. Örnek verecek olursak, maruz bırakmayı temel alan tedavilerde hastaların hayali ya da gerçek durumlarda korkularını çağrıştıran bazı tetikleyicilerle karşı karşıya kalmaları sağlanır ve hastaların terapistle birlikte destekleyici ve güven sağlayıcı terapotik bir ilişki içerisinde korku yanıtları ile birlikte yaşadıkları belirtilerin azaltılması amaçlanır (Amstadler ve ark. 2007). Benzer olarak, anksiyete yönetimi (ör. nefes alma ve gevşeme teknikleri aracılığıyla anksiye-

teyi azaltmaya odaklanma) ile hastanın akılcı olmayan inançlarıyla gerçekçi olmayan çıkarımlarına ve tetikleyici ipuçlarına verdiği yanıtlara odaklanmasını amaçlayan bilişsel terapi gibi diğer davranışsal ve bilişsel-davranışsal yaklaşımlardan faydalanılır.

Ayrıca, erken müdahalelere ilişkin olarak Campbell (2008), hastaların felaket, şiddet ve diğer tip travmalarla karşı karşıyayken ya da beraberinde oluşan kötü sonuçların hemen sonrasında psikologların **psikolojik ilk yardım** olarak adlandırılan bir rol oynayabileceklerine de dikkat çekmiştir (ör. Ruzek, Bryner, Jacobs, Layne ve Vernberg, 2007). Campbell, oldukça endişeli olan bu hastalara verilen bu psikolojik ilk yardım sırasında göz önünde bulundurulması gereken sekiz hedefin olduğunu öne sürmüştür:

1. Görüşmeye zorlayıcı olmayan şefkatli bir tutum ile başlamak;
2. Hastanın güvenini arttırmak ve konforunu sağlamak;
3. Kişinin ortama adapte olması için sakinleştirmek ve yardım etmek;
4. Kişinin önde gelen ihtiyaçlarını ve sorunlarını belirlemek;
5. Bu sorunlara yönelik pratik çözümler sunmak;
6. Birincil olarak destek veren kişilerle irtibata geçerek sıkıntıyı azaltmak;
7. Kişileri stres reaksiyonları ve baş etme stratejileri hakkında bilgilendirmek;
8. Destek ve başvuru servisleri ile bireyler arasında köprü olmak.

Vernerberg ve arkadaşları (2008) bu yaklaşımın etkin olup olmadığını gösterecek daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu düşünmekle birlikte, şimdiden bu yaklaşımın oldukça etkin ve kullanışlı bir müdahale olduğu konusunda ümit verici bulgulara ulaşılmıştır.

Yasal Alanlarda Çalışanlarda Tedavi

Genelde tedavinin daha çok yasadışı eylemlere karışan suçlularla bu suçluların kurbanlarına yönelik olduğu düşünülse de, adli klinik psikologların odaklandıkları başka bir grup daha vardır. Bunlar polis memurları, rehabilitasyon (ıslah etme) görevlileri ya da çeşitli diğer yasal düzlemlerde ön planda bulunan görevlilerdir. Örneğin, motorlu taşıt kazaları, ateşli silah yaralanmaları, cinayetler ya da çalışanların etkilenebilecekleri herhangi bir travma potansiyeli taşıyan olay sonrasında, periyodik olarak burada çalışan polis güçlerine ya da rehabilitasyon elemanlarına kritik olaylarla ilişkili stres yönetimi hakkında bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bu bilgilendirmeler, TSSB ya da TSSB belirtilerinin gelişiminin engellenmesi ya da hafifletilmesi amacıyla travmatik olaylarla baş edebilmeye yardımcı erken dönem müdahaleleri oldukları düşünülebilir. Bu bilgilendirme sırasında genellikle bir grup düzeninde katılımcılardan travmatik olaylardaki rollerinden bahsetmeleri ve bu olayla ilgili düşüncelerini ve duygularını anlatmaları istenir. Bunun yanı sıra, genelde katılımcılara stres tepkileri, TSSB bulgu ve belirtileri ile baş etme stratejileri (ör. diğerleriyle olay hakkında konuşmak) hakkında bilgilendirici nitelikte bir psikoeğitim de sağlanır. Polis ve rehabilitasyon hizmetleri açısından bu tip müdahalelerin kısmen de olsa bir yeri olmasına karşın, bu bilgilendirmelerin, etkinliklerine ya da yararlarına yönelik kanıtlar hâlen tartışılmaktadır (Ör. Devilly, Gist ve Cotton, 2006).

Çalışanları travma belirtilerinden korumayı amaçlayan bu bilgilendirmelere karşın, yine de çalışma şartları nedeniyle bazı kişilerde TSSB ve diğer bozukluklar ortaya çıkar. Bu tip durumlarda adli klinik psikologlar daha önceden bahsedilen tedavilere başvururlar. Ayrıca, polislik mesleğinin diğer işyerlerine nazaran daha stresli olaylarla iç içe olması da bir dizi psikolojik bozukluğa ya da probleme zemin hazırlayan önemli bir unsurdur. Bu tür zorlukların tedavilerinde, adli klinik psikologlar büyük görevler üstlenirler.

BİLİRKİŞİLİK VE GÖRÜŞLER

Bu bölümde yer alan tüm alt başlıkların her birinin kısmen bilirkişiliği ilgilendiren alanlarla bağlantılı olduklarını göreceksiniz. Hakimler, savcılar ya da diğer yasal servisler tarafından adli klinik psikologların görüş ya da öneride bulunmaları ya da mahkemeye katılmaları istenebilir. Bu bilirkişilik görevleri ya psikologların genel uzmanlıklarına ya da psikoloğun özel ilgi alanı ya da uzmanlığına bağlı özgün konulardan oluşabilir. Klinik adli psikologlar mahkemelerde ya da farklı yasal koşullarda tanıklık edebilirler ve/veya yazılı bildirilerde ya da talimatlarda bulunabilirler. Her iki durumda da, psikoloğun kendi görüşlerini ya da yargılarını savunması gerekir. Psikologlar, bilirkişilik görevleri sırasında istenilen soruya bağlı olarak zaman zaman bireylerle, çiftlerle ya da ailelerle görüşmelerde bulunabilirler ya da mahkemenin araştırdığı konular hakkında kendilerinden görüş bildirimleri de istenebilir. Bilirkişilik potansiyeli açısından bakıldığında olasılıklar sonsuz gibi görünse de, psikologların en çok görüş bildirdikleri alanlar arasında tanıklık (psikoloğun özel bir alanda uzman olarak görüldüğü ve bu özel alanda mahkemeye bilgi ve/veya öneri sunması istendiği; bk. Tablo 16.1), hasta uyumunun değerlendirilmesi (ör. adli değerlendirme kısmında bahsedildiği şekilde), çocuk velayeti ve/veya hakkıyla ilgili konular (ör. sıklıkla ebeveynler ve çocukların değerlendirilmesine dayalı olarak) veya duruşmalara seçilecek jürilerin tayini gibi konular yer alır. Nadiren, psikoloğun olay yeri inceleme ile birlikte suçlunun detaylı bir biçimde tanımlandığı suç profilinin belirlenmesine yönelik çalışmalarda da görüşünü bildirmesi istenebilir.

YALAN TESPİTİ

Adli klinik psikologların bilirkişi (ve araştırmacı) olarak çalıştıkları alanlardan birisi de yalan tespitidir. Etkileyici bir yöntem olması bir yana, yapılan ölçümler arasında bazı tutarsızlıkların yaşanması, dolayısıyla da hukuki süreçleri etkilemesi, diğer yandan karar verme aşamasında yapılan hataların da beraberinde ağır sonuçlar getirmesi nedeniyle oldukça tartışmalı bir konu olan yalan tespitini, burada daha ayrıntılı olarak ele alacağız.

Yalan tespitinde bizim başvurduğumuz kaynak **poligrafi** (fizyolojik işlevleri kaydeden çok kanallı bir kayıt cihaz) yöntemidir. Poligraf kullanılarak yalancıların belirlenebilmesi sadece polis güçlerinin değil, Hollywood filmlerinin de oldukça ilgisini çekmiştir. İnsanların bu makineyi bir yalan makinesi olarak düşünüyor olmaları aslında düşünüldüğünden çok daha büyük bir problemdir. Yine de verilen yanıtların eğitimli birisi tarafından değerlendirilmesi hâlinde değerli bilgiler sağladığı unutulmamalıdır.

TABLO 16.1 Psikologların Bilirkişi Görevlerine Örnek Konu Başlıkları

1. Ceza ehliyeti	İddia edilen suç tarihinde işlenen suça yönelik olarak sanığın ruh sağlığı yerinde mi? İşlenen suçun getirdiği sonuçları anlayabiliyor mu?
2. Duruşmaya uyumu	Sanığın yasal süreçlere uyum gösterebilme kapasitesi var mı?
3. Hüküm	Sanığın ıslah edilebilme olasılığı nedir? Belli hükümlerin farklı caydırıcı etkileri var mıdır? Sanığın tekrar suç işleme riski nedir?
4. Tanığı tanımlama	Tanığı tanımlama sırasında doğruluğu etkileyen faktörler neler? Tanığın doğruluğunu belirlerken güvenilir olduğu nasıl anlaşılır?
5. Duruşma süreci	Duruşma öncesini ve/veya duruşma süreçlerini etkileyen faktörler nelerdir?
6. Sosyal sorumluluk	Ruh sağlığı bozuk bir hastanın kendine ya da başkalarına zarar verme tehlikesi olduğu için hastaneye yatmasını gerektirecek düzeyde bir durum var mıdır?
7. Sivillerde görülen psikolojik hasarlar	İşkencenin kişi üzerinde bıraktığı psikolojik etkiler nelerdir? Bunların tedavisi mümkün müdür? Kişinin psikolojik problemlerinin daha önceki var olan durumuyla bağlantısı ne kadardır? Travma sonrası ortaya çıkan belirtilerle başka bir kişinin davranışları arasında bir ilişki var mıdır?
8. Marka davası	Belirli bir ürünün, markası ya da ismi ile rekabette olduğu diğeri arasında isim benzerliği var mıdır? Tüketicileri yanıltmaya yönelik bir amaç var mıdır?
9. Sınıfsal davalar	Okullarda ya da işyerlerinde yapılan testlerde azınlıklara yönelik bir ayrımcılığın olduğuna ya da bu gibi grupların tedavileri sırasında etkinliğin göz ardı edildiğine dair ne gibi psikolojik kanıtlar vardır?
10. Vesayet ve vasilik	Kişi yaşamıyla, mali durumuyla veya sağlığıyla ilgili olan konularda kendi kararlarını verebilecek yeterlilikte akli dengeye sahip midir?
11. Çocuk velayeti	Velayeti konusunda anlaşmazlık yaşanması hâlinde çocuk için en iyisini gözeten durumların neler olduğuyla ilgili psikolojik faktörler nelerdir?
12. Evlat edinme ve ebeveynlik haklarının sonlandırılması	Yetiştirme ve koruma gibi sorumlulukları yerine getiremeyen ebeveynlere sahip çocukları etkileyen psikolojik faktörler nelerdir?
13. Mesleki yetersizlikler	Sanık avukatı davacıya karşı savunma görevini yerine getirmede yetersiz midir?
14. Sosyal konulara ilişkin davalar	İşlediği suç davranışının pornografi, şiddet, eş mağduru gibi etkenler nedeniyle ortaya çıktığını iddia eden davacıda bu etkenlerin bir rolü var mıdır?

Pearson Eğitim Birliğinin izniyle, Nietzel'den (1986) alınmıştır.

Yalan tespitinin temelinde, yalan söylemenin, gerçeği söylemekten daha fazla çaba gösterilmesi gereken bir davranış olduğu gözlemi yatar. Yalan söylediğimiz durumlarda karmaşık bir dizi bilişsel işlemden geçerek bir yandan dışarıdan sakinmiş gibi görünmeye çalışır, bir yandan da nasıl inandırıcı şekilde yalan söyleyebileceğimizi düşünürüz. Aynı zamanda söylenen bu yalanın bilinen toplumsal gerçeklerle uyuşması ya da kolayca test edilebilmesi de gerekir. Bu oldukça uğraştırıcı bir davranış olup, gösterilen tüm çabanın ve kaygının yakalanma korkusu tarafından çevrelenmesine neden olur. Buna karşın, asıl gerçek ile bilinen diğer gerçekler arasında doğal bir tutarlılık vardır ve özel bir söylem sergilemeye yönelik bir kaygı da beklenmez. Yalan tespitiyle ilgili yapılan araştırmalarda da tipik olarak yalanın doğru söylemeye kıyasla daha çok uyarılmışlığa neden olduğu gösterilmiş olup, bunun nedeni yalanla ilişkisi olan ek bir çaba ile birlikte sempatik sinir sisteminin tetiklenmesidir (Iacono, 2000).

Yalan tespitinde yöntem olarak çok kanallı bir sistemde solunum, devamlı kan basıncı takibi, elektrodermal aktivite ve/veya kalp atım hızı gibi fizyolojik değişiklerden elde edilen veriler kullanılır. Sempatik sinir sisteminde ortaya çıkan değişiklikler ise tek başına ya da daha da kombine değişkenler olarak yansıtılırlar. Güvenirlik ve geçerliği arttırmak amacıyla bir sempatik işlevden daha fazlası seçilir ve çeşitli sorular sorulur. Sorular genellikle üç kategori içerisinde düzenlenir ve bunlar çoğunlukla da bu soru kategorilerine uygun bir biçimde sorulurlar:

1. Birinci soru kategorisinde, testi yapan kişiye ön planda bilinen genel geçer bilgilere yönelik olan ve de sorun yaratmayan **nötr kontrol soruları** sorulur. Örneğin, hem poligrafiyi yapan hem de teste tabi tutulan kişi de test yapanın nerede yaşadığını, kaç yaşında olduğunu, haftanın hangi gününde olduklarını ve nerede olduklarını bilirler. Doğal olarak bu sorulardan herhangi birisinin sorulmasının bir yalan girişimiyle sonuçlanmayacağından ötürü uyarılmışlıkta artış beklenmez. Değerlendiricinin ya da testi yapanın bu tip kontrol sorularını sorması ile sorgulanan kişinin bu nötr materyal hakkında konuştuğu sırada bazal dinlenme düzeyindeyken gösterdiği uyarılmışlığın değerlendirilmesi sağlanır. Bununla birlikte, soruların gittikçe kişiselleştiği ve olası bir tehdit unsuru sağladığı anda uyarılmışlık yanıtı tetiklenir ve bu sırada bir yandan istenen tipik yanıt düzeyinin sağlanması için ek kontrol sorularına başlanır.
2. Suç araştırmalarında ya da diğer yasal araştırmalar sırasında uygulanan bu yalan tespiti testlerinin sonuç olarak testi yapan kişi üzerinde potansiyel ters etkilerinin de olabileceği unutulmamalıdır. İşvereninden bir şeyler çaldığı şeklinde suçlamalara maruz kalan bir kişinin, yalan tespiti sırasında da suçlu bulunması hâlinde işini kaybedebileceğini bildiğinden testin tümünde büyük olasılıkla oldukça kaygılı davranacaktır. Dolayısıyla masum olmalarına karşın yapılan test sonucunda suçlanabileceklerini düşünen insanlarda test boyunca duygusal açıdan oldukça yüklü davranışlar ortaya çıkabilir. İşte burada, masum insanların suçlanmalarına neden olacak yanlış pozitif sonuçların engellenmesi amacıyla **duygulanımla yükselme yaratan kontrol sorusu** olarak bilinen ikinci bir soru tipi kullanılır. Bir şirkette hırsızlık yaptığından şüphelenen dürüst bir çalışanda olması beklenen önemli özelliklerden birisinin dürüstlük olması nedeniyle kişide çalma alışkanlığının olup olmadığını belirleyici sorular gerekir. Dolayısıyla bu konuyla ilgili olarak duygulanımda yükselme yaratan sorulara şu şekilde örnekler veri-

lebilir: "Hayatınızda hiç bir şey çaldınız mı?" ya da "Hayatınızda bir şekilde başınızın belaya girdiği oldu mu?" Bu soruların her ikisinin de suçlanan konuyla bir ilgisinin olmadığı aşikardır. Ancak yine de her ikisine de "evet" yanıtı verilmiş olsa bile, bu hırsızlığı yapanın kesinlikle bu çalışan olduğu anlamına gelmediği de unutulmamalıdır. Bir yandan çalışan da bunun genel anlamda dürüstlülüğüyle ilgili bir soru olduğunu ve duygularını provoke etmek amacıyla sorulduğunun farkındadır (çünkü bunlar yüzleştirme maksadıyla sorulmuş sorulardır). Dolayısıyla bu soru ve yanıt tipinde doğal olarak kişinin nötr test durumundan çok daha fizyolojik yanıt göstermesi ve uyarılmışlığının artması beklenir.

3. Son olarak doğrudan ilgili duruma odaklanan üçüncü soru tiplerine olay yeri inceleme soruları adı verilir. Bu şekilde yukarıda bahsi geçen her üç soru tipine karşı verilen yanıtların kıyaslanmasını sağlayan soru tekniğine de **kontrollü soru tekniği** adı verilir. Mesela sözü geçen çalışana şöyle bir soru sorulabilir: "Geçtiğimiz ay parasını ödemeden işyerinizde herhangi bir DVD çalar aldınız mı?" ya da "Bu hırsızlıklarla ilgisi olan başka bir çalışan tanıyor musunuz?" Bu değerlendirmenin genelinde kişi kaygılı olsa da gerçekte masumsa, duygulanımda yükselme yaratan kontrol sorusu ile suç sorusu arasındaki fizyolojik yanıtta herhangi bir farklılık beklenmez. Ancak suçla ilgili özgün sorularda yalan yanıtlar varsa, bu sorulara verilen fizyolojik yanıtlarda duygulanımda yükselme yaratan kontrol sorularına nazaran en azından daha fazla yükselme olması beklenir.

Daha önceleri, kişilerden alınan yanıtlar poligraf ile grafik kağıt üzerine analog olarak kaydedilir ve daha sonra bunların analizleri ilgili uzman tarafından yapılırdı. Artık bu veriler işlenirken özellikli sorular ile kontrol sorularını dijital ortamda doğrudan karşılaştırabilen, yorumlayan kişiye özel hataları azaltan ve de değerlendirmeyi kolaylaştıran yorumlayıcı algoritmalar içeren bilgisayarlar kullanılmaktadır.

Poligrafik yalan tespitinin temel dayanağı yalan söyleme esnasında artan uyarılmışlık ve ses değişiklikleridir. Bu bulgulara ilişkin yapılmış bir hayli çalışma vardır. Hatta iyi eğitimli yorumlayıcılar arası güvenirlik puanları r=.90 düzeylerine ulaşmaktadır (Horvath, 1977; Patrick ve Iacono, 1991). Bölüm 3'te sözü geçen genel psikometri standartları göz önüne alındığında bu sonuç oldukça etkileyicidir. Öte yandan, poligrafi testinin kendi doğasında daha önceden bu testle karşılaşmış olmanın kişide yaratacağı etkileşimleri önleyici bir yapının bulunmaması, tekrarlanmasının bu testin güvenirliği üzerinde ne gibi etkiler yaratacağı hakkında bilgi edinmemizi kısıtlar (Iacono, 2000).

Bu test üzerinde durulan hassas konulardan birisi de geçerliğinin ne olduğu sorusudur. Masum ya da suçlu kararını verebilmek için bir takım kanıtlara da ihtiyaç vardır. Eğer yalan tespiti suç duruşmasında kullanılmışsa, poligraf üzerinde yalan söylediği kanısına varılan bir kişinin mahkeme sonucunda mahkum edilmesi daha olasıdır. O hâlde bütün mahkum edilenlerin hepsinin de suçlu oldukları sonucu doğru bir karar mıdır? Bazı suçluların kanıt yetersizliği nedeniyle serbest kaldığı, fakat özellikle ikinci derece kanıt seviyesi olduğunda bazı masum insanların da yanlışlıkla mahkum edildiği göz önüne alındığında bu sorunun yanıtı "hayırdır". Hiçbir şey yapmasalar dahi polis soruşturmaları sırasında baskı altında olmaları nedeniyle kafalarının karışık olduğu belgelenmiş vakalar vardır. O hâlde, yalan tespitinin geçerliğini destekleyecek araştırmalar için belki bir dereceye kadar mahkemede verilmiş olan mahkumiyet kararlarından faydalanılabileceği düşünülebilir ancak yine de bunun kusurlu bir geçerlik yöntemi olacağı unutulmamalıdır.

Yalan tespitinin test edilmesinde kullanılabilecek olası bir diğer yöntem ise laboratuvar koşullarında yapay olarak yaratılan ve kontrolleri iyi yapılmış olan deneylerdir (Iacono, 2000). Kurallara uygun tipik bir tasarıma örnek olması açısından masanın üstünde, içerisinde 20$ değerinde kâğıt paranın olduğu bir kitap ile denekten başka kimsenin olmadığı bir araştırma odası verilebilir. Araştırmaya katılanlardan odaya girmeleri ve isterlerse bu 20$'lık parayı almaları istenir. Bu sırada denekten istenen görevin ne olduğu hakkında bilgisi olmayan başka bir araştırmacıdan deneğin çeşitli soru tiplerine karşı verdiği fizyolojik yanıtların ölçüldüğü bir poligrafi testi ile bu deneğin doğru söyleyip söylemediği hakkında yorum yapması istenir. Bu tür araştırmaların anlamlı olup olmadıklarını değerlendirirken, karar seçenekleri arasında "yalan söyledi" ya da "doğruyu söyledi" şeklinde %50'lik bir doğruluk ihtimalinin olduğu da unutulmamalıdır. Tabii ki ideal olarak sonuçların %100 kesinlikte olmaları beklenir. Burada asıl soru yalanı tespitinde doğruluk oranının %50'den ne kadar fazla olduğudur. Bu tür iyi kontrollü yapay test koşullarının avantajı, katılımcının yalan söylerken gerçekte aşırı korku duyması gibi bir riskin olmamasıdır (cezalandırılmayan tipik bir kolej öğrencisi gibi); bu durumda bile saptayabilme kesinliğinin ortalama %88 olduğu bildirilmiştir (Kircher, Horowitz ve Raskin, 1988). Yelpazenin diğer ucunda öte yandan testin uygulandığı kişinin suç işlediğinden şüphelenilmesi ve bu suçun yaratacağı sonuçlardan korkması hâlinde kesinlik oranının %60 kadar olduğu bulunmuştur (Lykken, 1981). Aynı soruların aynı poligrafist tarafından benzer bir senaryoda sorulmaları hâlinde kesinlik oranının %70 kadar olması da ilginçtir (Iacono, 2000).

Peki bu sonuçların anlamı nedir? Bu farklılığın nedenine ilişkin şimdiye dek yapılmış en olası açıklama, deneyimli bir poligrafistin test edilen kişinin yalan söylediğini gösteren ek sözel veya sözel olmayan ipuçlarını önceden fark ettiği ve görüşme sırasında yaptığı davranışsal gözlemlerle elde edilen fizyolojik bilgileri eş zamanlı bir biçimde bütünleştirdiği şeklindedir. Dolayısıyla, iki değerlendirme şeklinin birbirine karıştırılması çoklu yaklaşım yöntemi) ile daha yüksek bir kesinlik oranı sağlamaktadır. Patrick ve Iacono (1991), sırasıyla laboratuvar deneylerinden ve de gerçek hayatta elde edilen %90'lık ve %60'lık oranlar arasında büyük fark olmasının nedenini açıklamak amacıyla, bu kontrollü deneyi hayatını dolandırıcılıkla geçirmiş mahkumların olduğu bir hapishanede ustaca hazırladıkları bir protokol ile birlikte yürütmüşlerdir. Bu yöntem sayesinde katılımcılar açısından kişisel ve anlamlı sonuçlara ve kontrollü bir deneyin sağlayacağı avantajlara sahip olan bir çalışmanın yürütülmesi hedeflenmiştir. Sonuçta bu koşullarda olması beklenen %79'luk kesinlik oranına varılmış olup, bu sonuç Lykken ve arkadaşları tarafından gerçek hayat koşullarında yapılmış çalışmadan daha yüksek, ancak Kircher ve arkadaşları (1988) tarafından öğrencilerde yapılmış olan çalışmadan daha düşüktür. Hata oranının %10 ya da %30 olması bir yana, bu hata oranının ne gibi sonuçlara yol açtığı ve anlamı çok daha önemli bir konudur.

Poligrafiden elde edilen kanıtların kriminal araştırmalarda kullanılmasının gerekliliği konusunda ülkeden ülkeye bazı görüş ayrılıkları vardır. Birleşik Devletlerde poligrafik kayıtlar belirli şartlar altında mahkemede delil olarak kullanılabilirken, Kanada'da testin yeterli bir geçerliği olduğuna dair şüphelerin olması yasal bir test olarak kabul görmesini engellemektedir. Yine de Kanadalılar kriminal araştırmalar sırasında negatif bir poligrafi test sonucunun şüpheliyi dışlayabileceğini göz önünde tutmakta ve bu açıdan polisin poligrafi kanıtlarına başvurmasına izin vermektedirler.

Doğası gereği hatalar barından yalan tespitinden elde edilen sonuçları birlikte tekrar bir gözden geçirelim. Yaklaşık %10 düzeyinde bir hata oranının olduğu en iyimser senaryoda bile bazı suçlular serbest kalırken bazı masumlar mahkum edileceklerdir. Kuşkusuz masum bir kişinin cinayetle suçlanması gibi vahim bir durumda %10'luk bir hata oranının olması kabul edilemez. Aslında, suç hukukunda "kati suretle makul şüphenin ötesinde" tanımı %99 olasılıktan daha fazlasının olması şeklinde açıklanmaktadır. Neyse ki, cinayetle suçlanan kişi sayısının oldukça az olması sevindirici sayılır.

Gelin bu sefer biraz daha farklı ve son derece kötü bir senaryo çizelim. Son yıllarda artık özel şirketler personel alımı işlemlerinde ve işyeri hırsızlığının araştırılması amacıyla test yapan ticari firmalardan yararlanmaktadırlar (Sackett ve Decker, 1979). Bir çalışanın mal hırsızlığıyla suçlanması ya da kendisinden şüphe duyulması gibi bir durumda yalan tespitini reddetmesi, bu reddin şirket tarafından şüpheli bir davranış olarak yorumlanmasına ve yüksek olasılıkla da işini kaybetmesine neden olur. Bir yandan teste katılması hâlinde hiç ilgisi yokken %10 suçlu olma olasılığı da vardır. Ne yazık ki, şirketlerde mal hırsızlığı olaylarının oldukça sık olması nedeniyle uzun süredir çalışan bir kişinin 10 yıllık bir sürede çoğu zaman dört ya da beş defa yalan tespitiyle karşı karşıya kalması oldukça olağandır. Dolayısıyla bu açıdan baktığımızda, bu çalışanın çalıştığı süre boyunca bu olaylardan birisinde masum olduğu hâlde suçlu bulunma olasılığının yarı yarıya yükseldiğini ve bu kişinin bu olaylardan birine bile katılmadığı hâlde %50'lik bir kovulma şansının olduğunu görürüz. Bu tür durumların ceza mahkemelerinden çok şirket içi sorunlar olarak görülmeleri nedeniyle, böylesi bir durumla karşı karşıya kalan bir kişi bir katilin cinayetle suçlanırken ceza sisteminde geçirdiği süreçlere denk bir koruyucu kanun gücüne tam olarak sahip olamaz. Dolayısıyla, adli mahkemede hatalı bir testin kişi üzerindeki sonuçlarının daha az korunan bir çevrede, sürekli bu tür testlere maruz kalan kişide yaratacağı sonuçlarla aynı olması beklenemez. Bu gibi durumlarda haksızlığa uğrama olasılığı çok daha fazladır.

Geçerliğe ilişkin asıl vurgulanması gereken nokta, bu gibi testlerin mutlak bir kesinliğe sahip olmaması nedeniyle yaşanan problemler bir yana, masum bir kişinin yaşam boyu hapse mahkum olmasına "neden olmuşsa" böyle bir kusurun kabul edilmez olduğudur. Değerlendirmeyi yürüten araştırmacı ya da klinisyenin psikolojik testleri uygularken hata olasılığının sadece farkında olmasının dışında, önemli kararlar verilirken bu tür bir hatanın beraberinde getireceği sonuçları da düşünmesi gerekir. Bu konulara daha önceden bu kitapta tanısal değerlendirmeler ve karar verme süreçleri tanımlanırken yer verilmiştir.

Neyse ki masumiyetin daha iyi korunduğu bir yöntem daha vardır. Burada, genellikle olayı değerlendiren kişi (ki bu genellikle polistir) silah seçimi, cesedin bulunduğu yer ya da kurbanın kaç kere bıçaklandığı gibi suç detayları ile ilgili önemli olabilecek verileri kaydeder. Bu bilgi daha sonra çok seçenekli testlerdekine benzer bir biçimde yanıtlardan oluşmuş bir dizinin içerisine yerleştirilir; Örneğin: "Cesedi koyduğunuz yer şunlardan hangisiydi? (a) kulübenin arkasına (b) garajın arkasına (c) nehrin dibine (d) benzin istasyonunun arkasındaki çukura. Gerçekten masum olan bir kişi için bu seçeneklerden hiç birisinin tek başına bir değer ifade etmemesi nedeniyle tüm sorularda benzer fizyolojik tepkilerin ortaya çıkması beklenirken, suçlu kişide doğru yanıt seçeneğine daha güçlü fizyolojik tepkilerin ortaya çıkması beklenir. Dolayısıyla, **Suç Bilgisi Testi** olarak adlandırılan bu yöntemin masum insanların yanlışlıkla suçlu olduklarına hükmedilmelerini engellemesi açısından çok iyi sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Iacono, 2000).

ÖZET

Sonuçta, adli klinik psikoloji güvenirliğinin ve popülaritesinin günden güne arttığı, beraberinde çalışma alanın da giderek genişlediği bilinen bir uzmanlık alanıdır. Adli klinik psikologların kanunlarla ilişkili olarak hem yürütülen araştırmalarda hem de klinik servislerde hizmet verebilecekleri birçok çalışma alanı vardır. Klinik psikologların eğitimleri sırasında oldukça önemli olan titizlik, analitik düşünme ve de çok yönlü değerlendirme gibi konuların aynı zamanda adli çalışmalara hazırlık aşaması açısından da oldukça önemli bir yere sahip olduklarını burada bir defa daha vurgulamak istiyoruz. Ayrıca, eğitimleri sırasında sarf edilmesi gereken emeğin başka hiçbir uzmanlık alanında adli çalışma alanında olduğu kadar derin ve geniş kapsamlı olmadığını da hatırlatırız. Bu nedenle adli çalışmalarda bulunan psikologların hemşirelerle, psikolojik danışmanlarla ya da sosyal hizmet uzmanları ile herhangi bir rekabet içerisinde olmalarına veya deyim yerindeyse "savaşmalarına" gerek yoktur. Sanığı sorgularken ortaya çıkabilecek düşmanca tavırlara karşı direnebilmeniz ve mahkemede görüşlerinizi savunabilmeniz için size dönük yapılan eleştirilere kulak asmamanız ve daha vurdumduymaz bir tutum içinde olmanız gerektiğini de unutmayın. Mahkemede çalışmak isteyen klinik psikologların kazançlarının oldukça iyi düzeyde olduğunu da ayrıca belirtelim.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Otto ve Heilburn (2002), bu alanın daha da geliştirilmesi ve ilerletilmesi açısından gelecekte odaklanması gerektiğini düşündükleri bazı alanlardan ya da stratejilerden bahsetmişlerdir.

1. Adli psikolojiyle ilgili pratik standartlar ile uzmanlık rehberlerinin güncellenmeleri, daha netlik kazanmaları ve genişletilmeleri gerekir. Adli psikoloji bünyesinde bazı alanların iyi geliştirilmiş pratik standartlara ve düzenlenmelere sahip olmasına karşın, diğer çalışma alanları henüz bu konularda yetersiz durumdadırlar.
2. Bu alanla ilgilenenlerin eğitimde geçirmeleri istenen aşamaların belirlenmesi ve geliştirilmesi gerekir. Bu açıdan her birisinin kendi içinde kapsam ve derinlik açısından diğerlerinden farklı olduğu üç eğitim ve uzmanlık düzeyi önerilmiştir:
   a. **Yasal konularda bilgilendirilmiş klinisyen,** kanunlar ve psikoloji konularında temel eğitime sahip olan, klinik psikoloji ile adli klinik psikoloji farkını bilen kişi olarak tanımlanmıştır
   b. **Yetkin klinisyen,** orta düzeyde eğitim görmüş ve adli psikoloji alanında yasal eğitimler almış kişi olarak tanımlanmıştır
   c. **Uzman klinisyen,** en üst düzey uzmanlığa ve sertifikaya sahip olan ve de hem derinlik hem de kapsam açısından adli psikoloji alanında yeterli eğitim sahibi kişidir.
3. Adli psikologlardan hizmet bekleyen kişilerin de, bu alanda çalışan psikologların genel yasal süreçlerle ilgili becerilerinin ve kabiliyetlerinin neler oldukları hakkında bilgilendirilmelerinden öte, adli klinik psikologların gerçekleştirdikleri çalışmaların etkinlikleri ve yararları konusunda da eğitilmeleri gerekmektedir.
4. Bu alanda destek veren psikologların yeterli etkinliğe sahip olup olmadıklarının saptanması açısından bu üç stratejinin görgül olarak değerlendirilmelerini sağlayacak çalışma stratejilerinin hazırlanması gerekir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Adli klinik psikolog (Clinical forensic psychologist)
Duygulanımda artış sağlayan kontrol sorusu (High affect control question)
Hare psikopati kontrol listesi (Hare psychopathy checklist)
Hukuk ve psikoloji (Law and psychology)
İdeal rehabilitasyon (ıslah etme) (Rehabilitation ideal)
Kontrollü soru tekniği (Control question technique)
Nötr kontrol sorusu (Neutral control question)
Poligrafiler (Polygraphs)
Pratik standartlar (Practice standards)
Psikoloji ve kanunlar (Psychology and the law)
Psikolojik ilk yardım (Psychological first aid)
Psikopati (Psychopathy)
Suç bilgisi testi (Guilty knowledge test)
Suç profilinin tespiti (Criminal profiling)
Uzman klinisyen (Specialist clinician)
Uzmanlık rehberleri (Specialty guidelines)
Yalan tespiti (Detection of lying)
Yasal konularda bilgi sahibi klinisyen (Legally informed clinician)
Yasal psikoloji (Legal psychology)
Yetkin klinisyen (Proficient clinician)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Klinik psikologlarla adli klinik psikologlar arasında pratik açıdan ne gibi farklılıklar vardır?
2. Adli klinik psikologla klinik psikologların değerlendirmeleri arasında ne gibi farklar vardır?
3. Yalan tespitinin etkinliği konusundaki kanıtlar ve bunlara ilişkin gerekçeler nelerdir?
4. Adli klinik psikologların çalışma alanları nelerdir?
5. Adli değerlendirme araçları ile hukukla ilişkili araçlar arasında ne gibi farklar vardır? Her biri ile ilgili bazı örnekler verin.
6. Çalışma alanı açısından bakıldığında klinik psikologların çalışmalarında kullandıkları etik ilkelerle adli psikologların kullandıkları etik ilkeler arasında ne gibi farklılıklar vardır? Varsa bu farklılıklar nasıl ortaya çıkmaktadır?

KAYNAKÇA

Amstadter, A. B., McCart, M. R., & Ruggerio, K. J. (2007). Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 640–651.

Applebaum, P. S., & Grisso, T. (2001). *MacCAT-CR: MacArthur Competency Assessment Tool: Clinical research.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (1999). *Introduction to forensic psychology: Research and applications.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2006). History of forensic psychology. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (pp. 3–27). New York: Wiley.

Benjamin, L. T. (2003). Behavioral science and the Nobel Prize: A history. *American Psychologist, 58*, 731–741.

Binet, A. (1905). La science du termoignage (The science of testimony). *L'Annee Psychologique, 11*, 128–137.

Blackburn, R. (1996). What is forensic psychology? *Legal and Criminological Psychology, 1,* 3–16.

Bonta, J. (2002). Offender risk assessment. Guidelines for selection and use. *Criminal Justice and Behavior, 29,* 355–379.

Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist, 63,* 702–717.

Craig, R. J. (2005). *Personality-guided forensic psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Devilly, G. J., Gist, R., & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology, 10,* 318–345.

Dyer, F., & McCann, J. T. (2000). The Millon clinical inventories, research critical of their forensic application, and Daubert criteria. *Law and Human Behavior, 24,* 487–497.

Foa, E B., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Trauma Stress, 19,* 29–43.

Gendreau, P., Goggin, C., French, S., & Smith, P. (2006). Practicing psychology in correctional settings. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.). *The handbook of forensic psychology* (pp. 721–750). New York: Wiley.

Grisso T. (1986). *Evaluating competencies.* New York: Plenum.

Hare, R. D. (1991). *Manual for the revised psychopathy checklist.* Toronto, Ont.: Multihealth Systems.

Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior, 23*(1), 25–54.

Hare, R. D. (2003). *The Hare psychopathy checklist—Revised manual* (2nd ed.). Toronto, Ont.: Multihealth Systems.

Hoge, S., Poythress, N., Bonnie, R., Monahan, J., Eisenberg, M., & Feucht-Haviar, T. (1997). The MacArthur Adjudication Competence Study: Diagnosis, psychopathology, and adjudicative competence-related abilities. *Behavioral Sciences & the Law, 15,* 329–345.

Horvath, F. S. (1977). The effect of selected variables on interpretation of polygraph records. *Journal of Applied Psychology, 62,* 127–136.

Iacono, W. G. (2000). The detection of deception. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntsen (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Kilpatrick, D. G., Ruggeiro, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 692–700.

Kircher, J. C., Horowitz, S. W., & Raskin, D. C. (1988). Meta-analyses of mock crime studies of the control question polygraph technique. *Law and Human Behavior, 12,* 79–90.

Lippsitt, P. D., Lelos, D., & McGarry, A. L. (1971). Competency for trial: A screening instrument. *American Journal of Psychiatry, 128,* 105–109.

Lykken, D. T. (1981). A tremor in the blood: Uses and abuses of the lie detector (2nd ed.). New York: Plenum.

Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest, 35,* 22–54.

Megargee, E. I. (1977). Development and validation of an MMPI-based system for classifying criminal offenders. In J. N. Butcher (Ed.), *New developments in the use of the MMPI* (pp. 303–324). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Megargee, E. I. (1994). Using the Megargee MMPI-based classification system with MMPI-2s of male prison inmates. *Psychological Assessment, 6,* 337–344.

Millon, T., & Davis, R. D. (1996). The Millon Multiaxial Clinical Inventory-III (MCMI III). In C. S. Newmark (Ed.). *Major psychological assessment instruments* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Munsterberg, H. (1908). *On the witness stand.* New York: Doubleday.

Nietzel, M. T. (1986). *Psychological consultation.* New York: Pearson Education Inc.

Ogloff, J. R. P. (2002). *Taking psychology and law into the twenty-first century.* New York: Springer.

Ogloff, J. R. P, Tomkins, A. J., & Bersoff, D. N. (1996). Education and training in psychology and law/criminal justice. *Criminal Justice and Behavior, 23,* 200–235.

Otto, R. K., & Heilbrun, K. (2002). The practice of forensic psychology: A look toward the future in light of the past. *American Psychologist, 57,* 5–18.

Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (1991). A comparison of field and laboratory polygraphs in the detection of deception. *Psychophysiology, 28,* 632–638.

Rice, M. E., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior, 16,* 399–412.

Rizzo, A., Stover, C., Berkowitz, S., & Kagan, R. (2008). *Traumatic stress: New treatments for children and war veterans.* American Psychological Association Media Advisory.

Rogers, R. (2010). *Structured interview of reported symptoms, 2nd edition (SIRS-2).* Lutz, FL: PAR.

Ruzek, J. L., Bryner, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M. vernberg, E. M., & Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling, 29,* 17–49.

Sackett, P. R., & Decker, P. J. (1979). Detection of deception in the employment context: A review and critical analysis. *Personnel Psychology, 32*(3), 487–506.

Scrivner, E. (2006). Psychology and law enforcement. In I. B. Weiner, & A. K. Hess (Eds.). *The handbook of forensic psychology* (3rd ed.). pp. 534–551.

Stern, L. W. (1939). The psychology of testimony. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 40,* 3–20.

Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R. S., & Ruzek, J. I. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice, 39,* 381–388.

Weiner, I. B., & Hess, A. K. (2006). *The handbook of forensic psychology.* New York: Wiley.

Wrightsman, L. S., & Porter, S. (2006). *Forensic psychology.* Toronto, Ont.: Thomson Canada Ltd.

17. BÖLÜM

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ VE DAVRANIŞSAL TIP*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Bu bölümün ana hatlarını çizebilmek adına, okuyucuya bu kitabın adını hatırlatmak isteriz: Klinik Psikoloji: Modern Bir Sağlık Uzmanlığı. Klinik psikologlar, psikolojik rahatsızlıkları olan kişileri değerlendirir ve tedavi eder. Buna ek olarak çeşitli fiziksel hastalığın tedavisinde de rol oynarlar. Bu gerçek dikkate alındığında, tıbbi popülasyonlara uygulanan sayısız psikolojik müdahale ve içerik ve sonuçları 10 ile 13. bölümlerde açıklanmıştır. Örneğin, anksiyete rahatsızlıklarına uygulanan stres yönetimi yaklaşımları aynı zamanda yüksek tansiyon (Linden, 2006) için de uygundur ve biyo geri bildirim, anksiyetenin azaltılmasında kullanılabildiği gibi, sinir-kaslara ait rehabilitasyonda ya da kronik ağrı koşullarında da kullanılabilmektedir (Moss, 2007). Başlık hem "sağlık psikolojisi" hem de "davranışsal tıp" terimlerini içermektedir çünkü çeşitli dergilerde yansıtılan ilgili literatür başlıklarında bunlardan biri veya diğeri kullanabilmektedir. Gerçek hayatta, bu alanların kapsadığı araştırmalar ve klinik içerik birbiriyle büyük ölçüde örtüşmektedir. Pek çok aynı araştırmacı hem makalelerin editöryal kurullarında çalışmakta hem de makalelere katkıda bulunmaktadır. Bu alanların birbirinden farklılaştığı nokta, sağlık psikolojisinin, klinik uygulama unsurlarını daha fazla kapsayan davranışsal tıbba oranla, "sağlıklı olma" konusunun araştırılmasına daha yakın olmasıdır.

Aile hekimlerinin ofislerinde dile getirilen sorunların önemli bir kısmı, her ne kadar fiziksel sorunlar şeklinde ortaya çıksa da, doğası gereği psikolojiktir (Steven, 1999). Bu, sağlık sorunlarının fiziksel ya da ruhsal olarak ayrılmasının gelişigüzel olduğunu ve sağlık çalışanlarının her gün karşılaştıkları sorunları maskelediğini önermektedir (Cummings, 2005). Bir aile hekimi, fiziksel rahatsızlıkla, hastanın duygusal anlamda iyi olması için duygusal ve sosyal bağlamdaki etkenler arasındaki bağlantıyı anlaması gerekmektedir. Aynı şey klinik psikologlar için de geçerlidir. Bu nedenle, 8 ve 9. bölümlerde ve 12-14. bölümlerde, psikologların birincil terapist olduğu ya da birden fazla disipline ait sağlık ekipleri bünyesinde önemli oyuncular oldukları fiziksel sağlık problemleri tanımlanmıştır. Bu bilgiyi bir klinik psikoloji ders kitabına entegre etmek, klinik psikoloji öğrencisini, mümkün olabilecek en geniş şekilde sağlık hizmetlerine hazırlamak anlamına gelecektir

* Çeviren: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPİ BOOTHBY

(Linden, Moseley ve Erskine, 2005; Talen, Fraser ve Cauley, 2005). Klinik psikologlardan aşağıda verilmiş örnekler hususunda yardım istenebilir:

- Organ nakli bekleyen hastaların psikolojik anlamda hazır olup olmadıklarına dair danışmanlık (Rodrigue, 1996);
- Acil fiziksel sorunları tıbbi ekip tarafından tedavi edilmiş olan, şiddet kurbanlarında, travma sonrası stres bozukluğunun tedavi edilmesi (http: //www.helpguide.org/mental/post_traumatic_stress_disorder_symptoms_treatment.htm);
- Katı ilaç tedavisine, diyet ya da kan şekeri ölçümleri yapması gereken hastaların göstereceği tedaviye uyumu, azami hâle getirmek konusunda diğer sağlık ekiplerinin eğitilmesine yardımcı olmak (Kripalani, Yao ve Haynes, 2007);
- Yüksek tansiyon hastası olup aynı zamanda öfke problemleri veya stresli olan kişiler için psikolojik tedavi için yapılan sevkleri kabul etmek (Linden, 2006);
- Kronik ağrı sorunu yaşayan hastalara yardım edebilmek için birden fazla disipline mensup sağlık çalışanlarının hizmet verdiği kliniklerde çalışmak;
- Üriner inkontinans yaşayan kadın hastalara pelvik taban kası biyo geri bildirim tekniğini öğretmek (Burgio ve ark., 2002);
- Uygun maliyetli sağlık hizmetleri tasarlamak ve sunmak için hükümet ve sigorta şirketlerine yardım etmek (Hunsley, 2003).

Sağlık psikolojisi üzerine bağımsız bir bölüm olması, klinik psikolojiyi geleneksel ruh sağlığı mesleği olarak tanımlamakla geniş kapsamlı bir sağlık mesleği olarak tanımlamak arasındaki benzerlik ve farkları ortaya koymak açısından bir fırsat yaratmaktadır. Bu bölümün hedefi, klinik psikologların, birinci basamak sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon ortamlarında, ne yaptıklarının daha iyi anlaşılması için kavramsal ve araştırmalara dayalı altyapıyı sağlamaktır. Bu bölüm psikologların sağlık hizmetlerine katkıda bulunduğu özgül uygulama alanları çevresinde organize edilmiştir. Ayrıca, klinik psikolog olmayan, psikoloji araştırmacıları tarafından toplanmış olan bilgilerin hâli hazırda hasta bakımını iyileştirmek için kullanılabileceğinin altı çizmekteyiz (Brody, 2003). Örneğin uzmanlık alanı sosyal psikoloji olan meslektaşlarımız, sosyal destek sistemlerinin anlaşılması ve kullanılması üzerine bilgi vermekte (Sarason, Sarason, Potter ve Antoni, 1985) ya da sağlık durumuna bağlı davranışlara dair mesajların çerçevesini çizmektedir. Gelişimsel psikoloji bizlere psikopatolojiye yaşa bağlı bir durum olarak bakabilmeyi öğretmekte ve tedavi seçiminin, kullanılar yöntemin hastanın yaşına bağlı olarak ayarlanmasını teşvik etmektedir. Fizyolojik psikologlar ise ağrı süreci ve bu koşullar altında destek sağlayabilecek ilaçlar (Pinel, 2000) hakkında derinlemesine bilgi sunmakta ve bizlere, sağlam biyolojik temelleri olan tedavi ve önleme yaklaşımları geliştirmede yardımcı olmaktadır.

Klinisyen olmayan meslektaşlarımızdan her ne öğrenirsek öğrenelim, esas soru klinik psikologların birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında neler yapabileceğidir. Bu bölüm, aile hekimliği, uzman hekimlik ve genel hastane bakımlarında karşı karşıya kalınan en önemli klinik problemleri tartışmaktadır. Bunlar:

- Kronik ağrı,
- Kardiyovasküler rahatsızlıklar ve
- Kanser.

Klinik psikoloji bilgisi, özgül hastalıkları doğrudan idare etmenin yanı sıra, sağlık hizmetlerinde daha genel hedeflere de hizmet edebilir. Bu nedenle bu bölümün ikinci bir amacı da aşağıda belirtilen hususlarda, gerekli olan görev ve becerileri belirlemektir:

- Hastalığı önlenme;
- Tedaviye uyum düzeyini azami hâle getirme;
- Hastaya ters gelebilecek tıbbi prosedürlere katlanmayı ve kronik hastalıklarda kendine bakmak konusunda faal olarak rol almayı öğretmek (Clark, Becker, Janz, Lorig ve William, 1991);
- Hastalık sonrası rehabilitasyonu sağlamak.

SAĞLIK VE HASTALIĞIN NEDENLERİNİN ANLAŞILMASI

Sağlık hizmetlerinde etkili bir oyuncu olabilmek için klinik psikoloğun en azından yaygın olarak görülen hastalıkların tıbbi etiyolojilerinin temelini anlaması gerekir. Batı ülkelerinde en önemli iki ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar ve kanserdir. Bu hastalıkların bilinen tek bir sebebi yoktur. Ama kökeninde pek çok neden bulunmaktadır ve bu nedenler hâlen tam olarak anlaşılamamıştır. Olumlu olan ise, iki hastalığın da önemli ölçüde, kontrol altına alınabilecek, davranışsal sebeplerden kaynaklanmasıdır (Yusuf ve ark., 2004).

Hastalığın gelişimi hakkında öngörüde bulunabilmeyi sağlayacak, demografik, davranışsal ya da psikolojik bir etken tespit edildiğinde ve akla yakın bir biyolojik yol olduğunda bu etkene **risk faktörü** olarak atıfta bulunulur. Risk faktörü ve ortaya çıkan sonuç arasındaki ilişkinin yoğunluğuna ise **risk oranı** ya da **olasılık** oranı denir. Olasılık oranını gösterilmesi açısından sigara içme alışkanlığı iyi bir örnektir. Yıllar boyunca bir gün içerisinde, bir paket sigara içenlerin, sigara içmeyenlere oranla kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölme ihtimali neredeyse üç kat daha fazladır. Bu 3: 1'lik bir olasılık oranı olarak da ifade edilebilir (Yusuf ve ark., 2004). Okuyucu, literatür içerisinde olasılık oranı, risk oranı ve **tehlike oranı** terimlerini görecektir. Bu üç terim de risk ve sonuç arasındaki ilişkinin yoğunluğunu tanımlamakta ancak değişik formüllerle hesaplanmaktadır. Olasılık oranları özünde aynı şeyi anlatsalar da risk oranlarından biraz daha büyüktür. Tehlike oranları ise pek çok kere tekrarlanan ölçümler üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmektedir. Hastalıkların yordanması konusunda davranışsal ve psikolojik faktörlerin önemini göstermek adına Tablo 17.1'i hazırladık. Bu tablo 52 ülke çapında kardiyovasküler hastalıklarla risk oranları arasındaki etkileşimi betimleyen geniş bir değerlendirmenin özetlenmiş sonuçlarıdır (Yusuf ve ark., 2004).

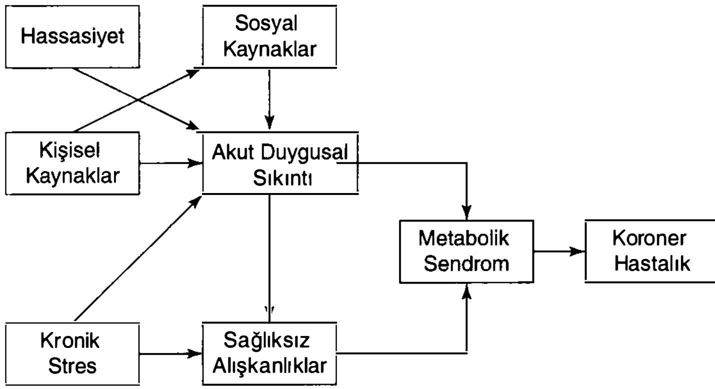
Bu tabloyu pek çok nedenden dolayı bilgilendirici olarak görüyoruz. Her şeyden önce sigara içmek, fiziksel olarak formda olma durumu, bazı kişilik özellikleri ve duygudurum (ör. psikososyal faktörler) gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin "önemli yordayıcılar" olduğunu ortaya koymaktadır. Psikolojik risk faktörleri ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkinin yoğunluğu, geleneksel tıbbi risk faktörlerine eşdeğer düzeydedir. Son olarak, her ne kadar her bir risk faktörü 4:1'lik bir oranı geçmiyor olsa da bu faktörlerin bir arada olması bireyin kalp rahatsızlıkları yaşaması ihtimalini önemli oranda yükseltmektedir. Bütün risk faktörlerine sahip birinin, hiçbir risk faktörüne sahip olmayan bir bireye oranla kalp rahatsızlığından ölme ihtimali 129 kat daha fazladır.

TABLO 17.1 Risk Faktörleri İçin Olasılık Oranları (OR; OO) (INTERHEART Çalışmasından elde edilmiştir)

SIRA	RİSK FAKTÖRÜ	OO (VE CI)
1	Lipitler (en üst beşte birliğe karşı en alt beşte birlik)	3.87 (3.4–4.4)
2	Diyabet	3.08 (2.8–3.4)
3	Hâli hazırdaki sigara kullanımı	2.95 (2.7–3.2)
4	Tüm psiko sosyal faktörler	2.51 (2.2–2.9)
5	Hipertansiyon	2.48 (2.3–2.7)
6	Batın bölgesine ait obezite	1.36 (1.2–1.5)
7	Diyet (koruyucu etki)	0.70 (0.64–0.77)
8	Egzersiz (koruyucu etki)	0.72 (0.65–0.79)
9	Alkol kullanımı (daha yüksek kullanım, daha düşük risk)	0.79 (0.73–0.86)
	Tüm risk faktörleri beraber	129.2 (90.2–185.0)



"Beslenme şeklimi değiştirmemi söyleme bana. Bir kere havuç yemiştim ve hiçbir şey olmamıştı."



ŞEKİL 17.1 Stresin hastalığa yol açmasına neden olan yolların modeli (Vialiano ve ark., 2003).

İstatistiki anlamda yığılmalı olan bu risk, örneğin endişeli bireylerin depresyona girmesinin neden daha olası olduğu (Friedman, Tucker ve Reise, 1995), depresif bireylerin neden daha az faal olduğu (Strawbridge, Deleger, Roberts ve Kaplan, 2002) ve diyabetli insanların kandaki lipit oranları ve kilo ile ilgili sorunlar yaşamasının daha olası olduğu gibi (Ford, Giles ve Dietz, 2002), risk faktörlerinin psikolojik, biyolojik ya da davranışsal anlamda neden kümeler hâlinde ortaya çıktığını açıklamamaktadır. Bunlar yalnızca risk faktörleri arasındaki etkileşimleri gösteren birkaç örnektir. Vitaliano tarafından yapılan, bilinen ilgili risk faktörlerini bir araya getirerek, etiyolojik modelleri gösterdiği varsayılan bir şema çizilebilir (Şekil 17.1, Vitaliano, Zhang ve Scanlan, 2003).

Bu gibi modelleri önermenin ve test etmenin avantajı birbirini takip eden genetik etkiler ve hayatın erken döneminden gelen etkilerin içi içe geçmesini sağlayan bir seri oluşturmaların yanında risk teşkil eden davranışları da temsil etmesidir. Bu model karmaşık olmakla beraber, tam olarak test edilebilmesi için pahalı boylamsal çalışmalar gerektirir. Ama pek çok fayda sağlar ve etkili müdahalelerin gerçekleştirilmesine destek sağlar ve yön verir. Bu örneğin Kostis ve ark. (1992) tarafından gerçekleştirilen klinik deneme çalışmalarında mükemmel bir şekilde gösterilmiştir. Bu çalışmada, hipertansiyonlu hastalar seçkisiz bir şekilde üç tedavi grubuna ayırılmıştır:

1. Sempatik sinir sisteminin uyarılmasını baskılayarak, hipertansiyon konusunda etkili farmakolojik tedavi sağlayan ve ilk seçenek olarak düşünülen ilaçlar olan beta blokerler vasıtasıyla tedavi edilen grup,
2. Bu grup hastaların kendi kendine düzelip düzelemeyeceklerini test etmek için tasarlanmış plasebo etkisi yaratan ilaçlarla tedavi edilen grup,
3. Çok bileşenli, ilaç kullanılmayan ve gevşeme eğitimi, egzersiz ve beslenme desteğini sağlanan tedavi grubu.

Aktif tedavilerin ikisinde de, hastaların kan basıncında, klinik düzeyde anlamlı ve elle tutulabilir gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak bekleme listesi şeklinde tasarlanmış kontrol grubu kendi kendine bir gelişme kaydetmemiştir. Belirtildiği üzere ilaç tedavisi kan basıncı düşürmüştür; ancak bunun örneklemde mevcut olan diğer risk faktörleri üzerinde ayırt edilebilir bir etkisi olmamıştır. İlaç kullanılmayan tedavide ise,

aynı ilaç kullanılan tedavide (plasebo değil) olduğu gibi, kan basıncında azalmasında benzer bir şekilde etkili olmuş, ayrıca diğer sağlık risklerini de iyileştirmiştir. Bu çalışma, davranışsal ve psikolojik tedavilerin, birbiriyle ilişki içerisinde olan pek çok sağlık durumu üzerinde olumlu etkilerini göstermesi ve hastaların risk faktörleri profilinde bütünüyle gelişme sağlaması bakımından özellikle tartışılmak üzere seçilmiştir çünkü ilaç tedavisinde böylesine genelleştirilebilecek etkiler yoktur.

HAYATIN ERKEN DÖNEMİNİN SAĞLIĞA OLAN ETKİSİ

Şekil 17.1'de gösterilen model, önemli genetik faktörlerin ve hayatın erken döneminin uzun vadede sağlığı muhtemel olarak etkileyebileceğini kavrayarak başlar. Bu bakış açısı, yaşam boyu karşılaşılan zorluklarla ve fırsatlarla başa çıkmaya odaklanmış, mevcut davranışsal tıp literatürü ile tutarlıdır (Hayman, 2007; Hawkley ve ark., 2005). Bu bakış açısıyla tutarlı olarak, hayatın erken döneminin etkileri ile ilgili bazı keşifleri gözden geçireceğiz ve okuyucuların, fiziksel sağlık alanında çalışan klinik psikologların, kronik hastalıkların idare edilmesine ne gibi değerli katkılarda bulunabileceğini tartışmalarını sağlayacağız.

Refah düzeyi yüksek Batı ülkelerinde bile, çocuklar pek çok farklı ortam içerisinde büyür. Irkları, etnik kökenleri ya da yakın bir zamanda göç etmiş olmalarından dolayı farklı alt kültürlerde yetişen fakir ya da varlıklı çocuklar. Bu ortamlardan bazıları psikolojik iyi olma durumunu yıkıcı bir şekilde etkiler ve bu durum hastanın uzun dönemdeki dayanıklılığını olumsuz yönde etkiler. Bu konuda yapılan araştırmalar kısa süren akut stresörlere maruz kalmanın sağlık üzerinde uzun dönemli bir etkisi bulunmamasına rağmen kronik stres, bağışıklık sistemini zayıflattığını göstermiştir (Segerstrom ve Miller, 2004). Benzer bir şekilde, gün geçtikçe gelişen literatür, bir çocuğun küçük yaşlarda kronik strese maruz kalmasının, yüksek düzeyde stres hormonları salgılanmasından dolayı beyin devrelerinin oluşumunu tehlikeye atabildiğini ve stres ve fiziksel ağrı eşiklerini azaltabildiğini göstermektedir. Bunun sonucunda çocuk çeşitli enfeksiyonlara karşı daha savunmasız, madde kullanımına daha yatkın olur; öğrenme ve akılda tutmak konusunda da yetersiz kalır (Middlebrooks ve Audage, 2008). Bu tür çocuklar için hayat "eşit fırsatlar" sunmamaktadır. Buna karşılık, çocuğun desteklendiği ve iyi bakıldığı bir ortam, çocuğun ebeveynlerinin ayrılması, korkutucu bir kaza ya da doğal afet gibi olayların etkisine tampon vazifesi gösterebilmektedir (Middlebrooks ve Audage, 2008).

Özellikle çocukluk döneminde fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmaller çok zarar vermektedir (Chen, 2004; Middlebrooks ve Audage, 2008; bu konuyla ilgili olarak 15. Bölüm'e de bakınız). Çocuğun bakımını üstlenenlerin madde bağımlısı olduğu ya da kronik ruhsal hastalıklara sahip oldukları, şiddet düzeyi yüksek ortamlarda, özellikle çocuğun ihmal edildiği durumlara daha çok rastlanır (Anda, Brown, Felitti ve ark., 2007). Ne yazık bu gibi zehirli ortamlar oldukça yaygındır. Middlebrooks ve Audage (2008) araştırması Amerika çapında geniş bir örneklem (n = 17,337) vasıtasıyla elverişsiz çocukluk deneyimlerini rapor etmektedir: Bunların oranları; yaklaşık %10 oranında ihmal, %13 aile içi fiziksel şiddet, %23 ebeveyn ayrılığı ya da boşanma ve %5 oranında hapiste bulunan bir aile bireyi olduğu tespit edilmiştir. Bu gibi zehirli ortamlarda büyüyen çocukların yetişkinliklerinde hastalıklara karşı daha korunmasız oldukları ortaya çıkmış ve doğal olarak bu zamanı geri çevirmenin mümkün olmadığı belirtilmiştir. Ancak çocuklukta maruz kalınan stresin etkileri konusunda bilgili olmak bizleri daha hassas bir yaklaşım sahibi olmaya yönlendirebilir. Böylece bu hassasiyetle, bu bireylerin sorunlarını formüle edebilir, suçlamadan kaçınarak empatik yardıma ne kadar ihtiyaç olduğunu kendimize hatırlatabilir ve belki de gelecek nesiller için bu gibi zehirli ortamların engellenebilmesi adına medya ve politikacılar ile elde ettiğimiz bilgileri paylaşarak çalışmaların başlatılmasını tetikleyebiliriz.

KRONİK HASTALIKLARIN ÖNLENMESİ VE YÖNETİMİ

Bir önceki bölümde duygusal ve davranışsal faktörlerin iç içe geçmiş olduğunu ve kronik hatta ölüm tehlikesi olan hastalıkların meydana gelmesindeki rollerini açıklamıştık. Ayrıca kronik hastalıkların oluşması söz konusu olduğunda, erken yaşlarda maruz kalınan stres oranına göre, bütün bireylerin eşit olmadığını da göstermiştik. Bu anlayışla bakan bir klinik psikolog, psikolojinin tüm branşlarından elde ettiği bilgisiyle, şimdi hastalığın önlenmesi ve yönetilmesinde rol oynayabilir. Hastalığın nasıl önleneceğini ve bunun için neler yapılabileceğini anlamak için, literatürün ana kavramlarını ortaya koymak açıklayıcı olacaktır. Bu uygulama alanında birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç önlem öne çıkar.

Birincil önlem, hiçbir hastalık belirtisi göstermeyen yani sağlıklı bireylere hastalık gelişimine set çekmek için yapılan girişimlerdir. Bu girişimler, gençlerin sigara kullanmaya başlamasını engellemek adına yapılacak reklam kampanyaları, emniyet kemeri kullanımını özendirmek, çocuk ve yetişkinler için rutin aşılamalar ya da stres yönetimine dair ipuçlarını içerebilir. Bunlar, kısmen popüler medya vasıtası ile haber programları ve belgeseller aracılığıyla uygulanabilir. Ayrıca politika değişiklikleri ve yeniden gelir dağılımı vasıtasıyla, hükümet tarafından yoksulluğu ve şiddeti azaltmak adına gerçekleştirilebilecek her hangi bir müdahale de birincil önlem olarak algılanabilir. Klinik psikologların, birincil önlem içerisinde rol oynamak adına kısıtlı fırsatları vardır. Ancak sosyal psikoloji alanında çalışmakta olan meslektaşlarımızın elde etmiş oldukları davranış değişimine ve ikna edici iletişime yönelik araştırma bulgularına dayalı etkili reklam kampanyaları yürütülebilir.

İkincil önlem; özellikle hastalık geliştirme riskini taşıyan ve bunun bilindiği bireylere yöneliktir. Bu, birincil önlemin dolaylı ve belirli bir bireyi hedeflemeyen yönteminden farklı olarak, önlem girişiminin doğrudan bireye yöneltildiği önlem durumudur. Bu gibi bireyler genetik sebepler ya da erken yaşta maruz kaldıkları stres (ör. kötü beslenmeden dolayı ketlenmiş gelişim ve öğrenme kapasitesi ya da çocukluklarında erken reddedilme deneyimleri yaşamış, uzun dönemli ilişkiler kurmak konusunda bağlanma sorunları yaşayan genç yetişkinler) nedeniyle hastalığa yönelik bir eğilime sahiptir. İkincil önlemler benzer şekilde, sigara kullanımı, stres, yüksek kolesterol ya da yüksek tansiyon gibi risk faktörlerinin taranması ve erken müdahalede bulunulması anlamına gelmektedir.

Tansiyon ya da kolesterol gibi risk faktörlerinin mevcudiyetinin, genellikle birey tarafından tespit edilemeyeceği düşünüldüğünden, sağlık hizmetleri tarafından toplumun geniş kitlelerine, ara sıra taramalar yapılmaktadır. Pek çok ikincil tedavi atılımı, aile hekimi tarafından sunulan rutin tıbbi bakım içine dahil edilmiştir. Aile hekimine yapılan ziyaretlerde aile hekimi kalp fonksiyonları, kan basıncı düzeyi, kadınlarda **Pap smear testleri** ve erkeklerde de prostat kanserinin tespit edilmesine yönelik rektal muayene yapılmaktadır. Klinik psikoloji ile daha doğrudan ilişki içerisinde olan uygulamalar ise toplum çapında ruh sağlığı gönüllüleri derneği tarafından yapılan, depresyon ya da anksiyete bozukluklarını tespit etmeye yönelik taramalardır. Kanser hastalarının yaşadığı stres düzeyini taramak adına bir süreç geliştiren ve birinci bölümde bahsedilen Dr. A'yı hatırlarsınız.

Son fakat aynı derecede önemli **üçüncül önlem**, kanser ya da koroner hastalıklara uyum ve rehabilitasyonu azami düzeye çıkarmayı, ayrıca da hastalığın tekrarlanmasını ya da en azından kötüleşmesini önleyecek davranış değişikliği tavsiyelerini kapsar.

Diyabet, artrit, kalp yetmezliği ya da kanser gibi talihsiz bir şekilde çok yaygın olan rahatsızlıklar göz önüne alındığında üçüncül önlem çabalarından faydalanabilecek çok büyük bir hasta nüfusu mevcuttur.

Faaliyete geçmek için pek çok fırsat olduğu dikkate alındığında, klinik psikoloğun üçüncül önlem kapsamında gerçekleştirilen rehabilitasyon ve hastalık yönetimine dahil olma ihtimali çok yüksektir. Kronik hastalıkların etkilerini önlemek ya da asgari düzeye çekmek sağlık davranışlarına katkıda bulunmak üzere şunları yapabiliriz:

- Fiziksel zindeliği yükseltmek;
- Sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek;
- Sigarayı bırakma girişimlerine yardımcı olmak;
- Stresi güvenli düzeyde tutmak (Linden, 2005);
- Hastaların doktorlarından aldığı sağlık tavsiyelerine gösterdikleri uyumu arttırmak.

Sonuç olarak bu, klinik psikolojinin, birincil sağlık hizmetlerindeki ana rolünün, kronik hastalıklarda kendini yönetme davranışlarını öğretmek ve desteklemek olduğu anlamına gelmektedir (Clark ve ark., 1991). Batı ülkelerindeki insanların, medya raporları ve sağlıklı davranışlar ile ilgili reklamlar vasıtası ile engelleniyor olmasına rağmen, pek çok sağlık tavsiyesine uyum gösterme oranı dikkat çekici oranda düşüktür. Bu oran, uyum göstermemenin tehlikeli hatta diyabetli hastalarda uyulması gereken diyetten önemli ölçüde sapma gibi ölümcül sonuçların olabileceği durumlarda bile böyledir. Tablo 17.2 kronik hastalıkları yönetmek adına doktor tarafından tavsiye edilen unsurlara uyum göstermemenin ne boyutta olduğuna dair korkutucu verileri sunmaktadır.

TABLO 17.2 Uyum Göstermeme Dereceleri

	UYUM GÖSTERME DÜZEYİ (%)
Tedaviler	
Hipertansiyon tedavisi	53
Tüberküloz ilaçları	55
Astım ilaçları	46
Antibiyotik tedavileri	33
Diyabet için insülin iğneleri	48
Doktor tavsiyeleri	
Sigarayı bırakmak	29
Kilo vermeye yönelik diyet	20
Böbrek hastalıkları diyeti	28
Hemodiyaliz diyeti	70
Randevulara uyma	
Ağız sağlığı için çekap	72
Psikiyatrist ziyareti	60
Pap test	52
İşitme ve görmeyi doktorla birlikte izleme	35
Hipertansiyon teşhisi sonrası izleme	58
Hipertansiyon tedavisinin yıllık kontrolü	30

Burrell ve Levy (1985)

Halk sağlığına yapılan yoğun maddi yatırım dikkate alındığında, hangi yatırımların karşılığının alındığına, hangilerine de kulak tıkandığını gözden geçirmek aydınlatıcı olacaktır. Toplum çapında risk azaltma çabalarında da bazı başarılar kaydedilmiştir, ancak kolay ıkla kötüleşmekte olan temel risk örnekleri de bulabiliriz. Örneğin, 1970'lerin ortalarından itibaren, hem çocuklar hem de yetişkinler arasında obezitenin yaygınlığı ciddi olarak artmıştır. İki NHANES araştırmasından (http: //www.cdc.gov/nchs/nhanes) elde edilen verilere göre, 20 ila 74 yaşında olan, Amerikalı yetişkinler arasında obezitenin yaygınlığı %15'ten (1976-1980 arasında yapılan araştırmaya göre) %34'e (2005-2006 arasında yapılan araştırmaya göre) yükselmiştir. 2-5 yaş arası çocuklarda obezitenin yaygınlığı % 5'ten (1976-1980 arasında yapılan araştırmaya göre) %13,9'a (2005-2006 arasında yapılan araştırmaya göre) yükselmiştir ve 6-11 yaş arası çocuklarda, aynı zaman aralığında gerçekleştirilen araştırmaya göre bu oran %6.5'ten %18.8'e yükselmiştir. %5'ten, %17.4'e varan bir artış da 12-19 yaş aralığında saptanmıştır.

Buna karşılık, obezite ve diyabet gibi büyümekte olan sağlık problemleri olmasına rağmen, örneğin sigara kullanımındaki değişikliklere dair gerçek "iyi haberler" de mevcuttur. Araştırmalar göstermektedir ki anti sigara kampanyaları kayda değer bir başarı elde etmiştir. 1965 yılında, Kanada'da yetişkinlerin %49'u sigara içerken, 2002 yılında bu oran %24'e düşmüş ve düşmeye de devam etmiştir. (http: //www.ncic.cancer.ca/ncic/internet/standard/0,3621,84658243_85787780_399354909_langId-en,00.html). Aynı eğilim Birleşik Devletler'de de gözlemlenmiştir (http: //www.jointogether.org/news/research/summaries/2005/us-smoking-rates-continue.html). Bu başarı geniş anlamda sigaralara getirilen yüksek vergilere, işyerinde ve topluma açık binalarda sigara içiminin yasaklanmasına, sigara içme karşıtı reklamlarına ve sigara paketlerinin üzerine basılması zorunlu kılınan uyarılara atfedilmiştir. Bu başarı, sigara şirketlerinin, sigara tüketimini sinsice teşvik etmek üzere sivil mahkemelerdeki agresif takipleri ve nikotin bağımlılığını bilerek körüklemeye çalışmaları ile de perçinlenmiştir.

Araştırmacılar, sağlıksız yaşam tarzlarının doğasında olan sağlık risklerini oldukça ciddiye almış ve **tedaviye iyi uyum göstermeyi** teşvik eden ya da engel olan faktörler üzerinde ciddi bir bilgi birikimi sağlamıştır. Şüphe edilen demografik ve bireysel farklılık değişkenlerin çoğunluğu tedaviye uyum sağlamayı desteklemek konusunda tutarlı bir rol oynamadığı, literatürde tutarlı ve şaşırtıcı bir şekilde gösterilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, zekâ gibi pek çok koşul tedaviye uyum gösterme düzeyindeki farklılıklarla ilişkili değildir. Diğer bir taraftan tedaviye uyum gösterme açısından önemli olan değişkenler, hastalığa tedavinin kendisine, önlemenin gerektireceği maliyet ve çabaya ve sağlık hizmetleri ortamının özelliklerine özgüldür (Poole, Hunt Matheson ve Cox, 2008). Bu değişkenlerin özeti Tablo 17.3'te sunulmuştur.

Bu bölümün ilerleyen kısımlarında klinik psikologların belirli hasta gruplarına nasıl yardım ettiğini anlatacağız. Ancak bundan önce, hastalıkların hasta için ne gibi benzer ve farklı zorluklarla gösterdiğini açıklamanın faydalı olacağına inanıyoruz. Ayrıca birçok hastalık için kendini yönetme tekniklerinin hangilerinin faydalı olduğunu altını çizmek istiyoruz.

Hasta açısından önemli unsurlar:

- Bireyin hastalık nedeniyle hayatındaki önemli rollerin engellenmesi ya da bu özelliklerini kaybetmesi (ailenin geçimini sağlaması ya da işini yürütmesi gibi);
- Değişik hastalıklarla ilgili olarak yaşanan ölüm korkusu ve sakatlık;

TABLO 17.3 Tedaviye Uyumun Yordayıcıları

TEDAVİYE UYUMUN ÜZERİNE TUTARLI BİR ETKİSİ YOKTUR	TEDAVİYE UYUMU AÇIK BİR ŞEKİLDE ETKİLEMEKTEDİR
Yaş	Tehdide yönelik inanç
Cinsiyet	Yapılan müdahalenin yeterliliğine yönelik inanç
Eğitim/gelir/zekâ	Destekleyici bir çevre
Hastalıklar hakkında genel bir bilgi sahibi olma	Semptom gücü
	Tedavinin ne kadar karmaşık olduğu (süre, zahmet, diğer faaliyetlere engel olması, çaba, maliyet)
	İlgili, tutarlı bir doktor

- Hastalığın seyrinin öngörülemez olması;
- Hastaların, daha uzun yaşayabilmesi ve yüksek hayat kalitelerinin (HK; QOL) koruyabilmeleri için tedavi ve kendini yönetme görevlerine ne düzeyde uyum gerekeceğini bilmeleri.

Genel tıp uygulamalarında en sık rastlanan hastalıkların önemli özellikleri tek bir tabloda (Tablo17.4) bir araya getirilerek hastalıkların önemli değişkenlerle kıyaslanması sağlanmıştır.

Tablo 17.4, her ne kadar hastalıklar arasındaki farklılıkların ve bu farklılıkların hasta üzerindeki etkilerinin altını çizmek için yapılmış olsa da; hastaların, hastalıklarının etkilerini minimize etmek için, düzenli olarak uygulayabilecekleri, bir dizi ortak aktiviteye dönüşebilir. Bunlar, Clark ve iş birliği içinde olduğu kişilerce hazırlanan (1991) ve sadece klinik psikologlar için değil tüm sağlık çalışanları için, kronik sağlık sorunlarıyla ilgili mükemmel bir gözden geçirme sunan, bir makaleden alınmış ve Tablo 17.5'te özetlenmiştir.

Bu aktivitelerin rutin bir alışkanlık hâline getirilmesinde, hastalık etiyolojisi ve davranış değişikliği ilkeleri konusunda araştırma yapmak üzere eğitilmiş klinik psikologlardan alınacak yardım yarar sağlayabilir.

TEDAVİYE UYUM

Bir önceki kısımda tedaviye uyum düzeyinin, potansiyel olarak ne kadar tehlikeli bir düzeyde düşük olduğuna dair pek çok örnek vermiştik. Bu kısımda, tedaviye uyum düzeyini yukarı çekmek için tasarlanmış olan programlar hakkında özet tanımlar ve tedaviye uyumu sağlamak adına gerçekleştirilen müdahalelerin etkinliklerine dair verileri sunacağız. Tedaviye uyum düzeyinde gelişme sağlayacak stratejilerin temel ilkeleri Tablo 17.6'da verilmiştir.

Tedaviye uyum çalışmaları adına bir örnek kardiyak rehabilitasyonudur. Kardiyak rehabilitasyonunda, kalp krizi ya da kalp ameliyatı geçirmiş hastanın sistemli egzersiz programlarına katılır, beslenme danışmanlığı alır ve problemi fark etme yolları ve sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilgi edinir. Çoklu disiplinli kardiyak rehabilitasyon programlarının

TABLO 17.4 Kronik Hastalıklar: Bir Kıyaslama

HASTALIK	ERKEN ÖLÜM RİSKİ	HASTALIK SEYRİNİN TAHMİN EDİLEBİLMESİ	TEDAVİDE/ REHABİLİTASYONDA BAŞARI ŞANSI	DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ TAVSİYELERİNE UYUMDA KONTROL EDİLEBİLİRLİK	GÜNLÜK HAYATA ETKİSİ
Kanser	Son derece değişken	Düşük	Çok değişken	Hastalığın sonucuna sınırlı düzeyde etki	Yüksek derecede değişken; türe ve aşamaya bağlı olarak
Diyabet (İnsüline bağımlı)	Orta	Oldukça yüksek	İyi	İyi	Oldukça yüksek
Diyabet (insüline bağımlı değil	Düşük	Yüksek	Yüksek	Çok iyi	Mütevazi
Astım	Düşük	Oldukça Yüksek	İyi	Çok iyi	Mütevazi
Hassas bağırsak sendromu	Düşük	Oldukça yüksek	Zayıf	Orta	Orta
Romatoid artrit	Çok düşük	Oldukça yüksek	Kısıtlı	En iyi şartlarda mütevazi	Değişken
Kalp rahatsızlığı	Değişken	Oldukça yüksek	Sıklıkla çok iyi	Vakaların çoğunda iyi	Genelde düşük
Hipertansiyon	Düşük (eğer başka risk faktörü yoksa)	Yüksek	Potansiyel olarak mükemmel	Mükemmel	Çoğunluk için yok
HIV+/AIDS	Orta derecede yüksek	Oldukça yüksek	Çok düşük	Orta	Başlangıçta az, son aşamada şiddetli

hayat kurtardığı her ne kadar net olarak ortaya konulmuş olsa da, uygun hastaların yalnızca dörtte biri kardiyak rehabilitasyon programlarına katılmaktadır. Kadınların katılım oranı daha düşüktür; erkeklerin yarısı kadar (yaklaşık %30'la %15 oranında; Abbey ve Stewart; 2000). Kardiyak rehabilitasyonunda tedaviye uyum düzeyini belirleyen pek çok faktörü gözden geçiren bir makalede, en önemli tek yordayıcı tedavi vermekte olan doktorun kardiyak rehabilitasyon programını güçlü bir şekilde teşvik etmesi olmuştur (Jackson Leclerc ve Erskine, 2005). Bir diğer önemli yordayıcı da kalp hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan hastanın, otomatik bir şekilde kardiyak rehabilitasyona sevk edilmesi olmuştur. İlginç bir şekilde, tedaviye uyumu yordayan bu iki ana faktör de

TABLO 17.5 Beş Kronik Hastalık için Ortak Kendini Yönetme Görevleri

GÖREV	KALP HASTALIĞI	ASTIM	ARTRIT	KOAH (COPD)	DİYABET
Semptomları fark etmek ve karşılık vermek, fiziksel göstergeleri izlemek, semptomları tetikleyen etmenleri kontrol etmek	X	X		X	X
İlaç kullanmak	X	X	X	X	X
Akut ve acil durumları yönetmek	X	X	X		X
Beslenme ve diyeti muhafaza etmek	X		X	X	X
Yeterli düzeyde egzersiz ve faaliyet yapmak	X	X	X	X	X
Sigarayı bırakmak	X	X	X	X	X
Gevşeme ve stres azaltma tekniklerini kullanmak	X	X	X		
Sağlık çalışanları ile etkileşim içinde olmak	X	X			X
Bilgi istemek ve toplum hizmetlerini kullanmak		X	X		X
İşe adapte olmak	X	X	X		
Yakın kişilerle ilişkileri yönetmek	X	X	X	X	
Hastalığa yönelik duygu ve psikolojik tepkileri yönetmek	X	X	X		X

COPD (KOAH): Kronik obstrüktif akciğer rahatsızlığı; X, Kendini yönetme çalışması sırasında raporlanmıştır.

Kaynak: Clark ve ark. (1991).

doktorun tutumu ve sistem organizasyonu ile ilintilidir. Bu bilgiyi gösterilen uyumu geliştirmek üzere kullanmak için hiçbir uzun vadeli finansal yatırım gerekmemektedir.

İlaç kullanmaya uyum düzeyini yükseltmek için kullanılabilecek çok basit ama çok da etkili yöntemlerden biri de; içinde, her güne ait bölmeler hatta alt bölmeler olan plastik kutuların kullanılmasıdır. Bu, çok da psikolojikmiş gibi görünmese de, bu kutular ciddi anlamda hayatı kolaylaştırır, hangi hapın ne zaman alınacağına dair netlik sağlar ve özellikle de, sıklıkla karmaşık ilaç kürleri uygulanan yaşlı hastalar için faydalı olmaktadır. Kriplani ve meslektaşları, gösterilen tedaviye uyum düzeyini yükseltmek üzere tasarlanmış müdahaleleri inceleyen 37 seçkisiz kontrollü deneme araştırmanın sonuçlarını analiz etmiştir. Bu analizin ışığında, sonucu en çok tahmin edilebilen (az önce tarif edilen ilaç kutuları ile ilgili bilgilerle tutarlı olarak) ve geniş çaplı etki gösteren, karmaşık ilaç kürlerini sadeleştiren, davranışsal müdahaleler olduğu fark edilmiştir. Hastaya ve bu bilgileri veren kişilere yapılan geri bildirim de oldukça etkili olmuştur; ancak müdahale ve evrene bağlı olarak daha değişken sonuçlarla neticelenmiştir. Bu gibi müdahalelerin hedeflediği hastalıklar hipertansiyon, astım, diyabet, kronik obstrüktif akciğer rahatsızlığı ve HIV/AIDS'tir.

TABLO 17.6 Tedaviye Uyumu Arttırmak için Stratejiler: Dört C (İKAK)

Tavsiye edilen sağlık davranışlarına uyumu en yüksek düzeye getirebilmek için önerilen stratejiler dört grupta toplanabilir. Bu stratejilerin dördünün de İngilizcede C harfi ile başlıyor olması akılda kalıcılığı arttırmaktadır.*

İkna (Conviction)

1. Hastanın tedaviye uyumunun önemini hastalığın sonucuna etkileri açısından açıklayın.
2. Dirençle karşılaşacağınızı tahmin edin ve bunun için hazırlık yapın. Hastayı soru sorması için teşvik edin.

Kolaylık (Convenience)

3. Öncelik sırasına konulmuş ve akılda kalması kolay, birkaç öneride bulunun. Engelleri dikkate alın ve tedavinin karmaşıklığını en aza indirgemenin yollarını arayın.
4. Rejimi, hastanın mevcut alışkanlıklarına uyum sağlayacak bir şekilde düzenleyin.
5. Tedaviye uyuma yardımcı olacak şeyleri (özel ambalaj, günlükler ya da takvimler) hazır edin.

Açıklık (Clarity)

6. Kayıt tutmayı kolaylaştırmak adına yazılı talimatlar ve günlükler verin.
7. Talimatların net olup olmadığını sorun ve hastanın talimatları tekrarlamasını sağlayın.

Kontrol (Control)

8. Hastalarla bir kontrat yapmayı düşünün.
9. Telefonla ya da yüz yüze takip görüşmeleri organize edin.

◇ AĞRI

Ağrıyı Anlamak

Bu bölüm ağrı üzerine yapılan araştırmalar ve uygulamaları konusunda yalnızca genel bir bakış sunmakta ve çoğunlukla klinik psikologların ağrı yönetimi konusundaki rolleri üzerine odaklanmaktadır. Ağrıyı anlamak ve yönetmek, mesleğin biyolojik, sosyal ve davranışsal kökenlerini bir araya getirdiği için psikologları cezbedici bir alandır. Melzack ve Wall'ın (1965) ağrının, bilişsel ve duygusal faaliyetler tarafından niteliği değiştirilmiş bir ağrı sinyal işleme unsuruna sahip, karmaşık bir süreç olduğunu önermesinden beri, ağrı yalnızca tıbbi bir konu olarak algılanmaktan çıkıp biyo-psiko-sosyal bir konu olarak görülmeye başlanmıştır. Bu nedenle, ağrıyı daha iyi anlayabilmek ve yönetebilmek adına sağlık ve klinik psikoloji uzmanları güçlerini birleştirmişlerdir. Bu noktada akut ağrı ile kronik ağrıyı birbirinden ayrı tutmak kilit önem taşımaktadır.

Akut Ağrı

Ağrının olumsuzluğu açıktır, ancak ağrı yararlıdır: Evrimsel açıdan değerli bir işlevi vardır ve bunun sayesinde bizi, bedenimizde yanlış giden bir şeyler olduğuna dair uyarır ve önlem almaya iter. Akut ağrı durumlarında, (mesela cerrahi müdahaleler sonrasında deneyimlenen ağrı gibi) ağrıya neden olan problem giderildiğinden ve hissedilen ağrı artık geçici olduğundan, acıya tahammül etmek için genellikle bir neden yoktur. Hastaların geçirmiş oldukları diğer dokuları da etkileyen ameliyatların hemen akabinde

* Çevirenin Notu: Türkçe kısaltması İKAK.

ağrı tedavisi görmeleri ve sonraki birkaç gün süresince ağrı kesici (analjezik) alınalarının tavsiye edilmesi genel bir uygulama hâline gelmiştir. Modern anlamda ameliyat sonrası ağrı yönetimi gerçekten de ameliyat biter bitmez, hasta daha anestezinin etkisindeyken başlar. Ancak ne yazık ki örneğin cerrahın ameliyat esnasında hasta ile kritik fonksiyonlarını test etmek amacıyla iletişim kurması gerektiği bazı cerrahi müdahalelerde hastanın genel anestezi alması mümkün değildir. Bu koşul, örneğin eklemlerinden ameliyat olan hastalar için geçerli olabilmektedir; çünkü cerrah, hastaya ameliyat sırasında belirli bir hareketi yaptırarak sinir, tendon ve kasların işlevini kaybetmediğini tespit etmek durumundadır. Omurilik sıvısının alınması gibi belirli testler de ağrı verici olmakta ancak genel anestezi altında yapılmamaktadır. Bu gibi durumlarda psikologlar hastaları potansiyel olarak ağrılı prosedürlere hazırlayabilmektedir. Bu, yaşama olasılığı yüksek olan duygular ve fiziksel duyumlara hastanın dikkati açıkça çekilerek yapılmaktadır (Poole ve ark., 2008).

Kronik Ağrı

Ağrı yaşamak, tüm insanlar için normal bir durumdur. Her birimiz, yanlışlıkla sıcak bir tavaya dokunarak hafiften yanmak ya da bisikletten düşmek gibi hafif sakatlıklar geçirmişizdir. Bunlar genellikle kısa süreli ağrı deneyimleridir ve dikkati dağıtma stratejileri ve analjezik kullanmak bunlara tahammül etmek için yeterli olabilir. Ancak bazı ağrı deneyimleri kronik hâle gelebilir. Bunlar genellikle işyerindeki kazaların ya da başka kazaların sonucunda meydana gelen geniş deri yanıkları, kemik kırıkları ve ciddi kas hasarlarıdır. Bu gibi durumlarda hastanın almış olduğu hasar bellidir ve kolay belgelenir. Acıyı tetikleyen başka unsurlar ise yumuşak doku ya da sinir tahribatıdır ki bunlar açık değildir ve tedavi edilmesi de kolay değildir. Özellikle bu son olarak belirtilen durumlar ayrıca tazminat davalarına ve emeklilik taleplerine neden olmaktadır; çünkü hastalar uzun süreli olarak güçten düşebilir. Sigorta şirketleri, arkadan çarpmanın gerçekleştiği araba kazalarında meydana gelen omurga incinmeleri ya da işyerinde tekrarlanan zorlanmalardan kaynaklanan boyun ya da sırt kaslarında meydana gelen yumuşak doku zedelenmeleri nedeniyle işlev kaybı iddialarına oldukça aşinadır. Bu kronik ağrı koşullarının nedenlerini ve sebep olduğu işlev kayıplarını değerlendirmek üzere klinik psikologlardan sıklıkla yardım alınır. Travmatik yaralanmalarda iyileşmeyi hızlandırmak ve uzun vadeli hasarı engellemek için, tıbbi düzeyde, hızla, geniş çaplı ve çoklu tedavi yöntemleriyle müdahale etmek önemlidir. Bazı yaralanmalar bu tedavilere iyi cevap vermez ve bu gibi durumlarda hasta, her zaman işe yaramayan çeşitli tıbbi tedavileri denemek gibi bir kısır döngüye girebilir. Daha da fazla ilaç deneyerek ve hobilerinden vazgeçerek cesaretleri kırılabilir ve edilgen duruma düşebilir. En son noktada da eskiden keyif aldıkları sosyal faaliyetleri bırakabilirler. Ayrıca ilaçlara karşı tepkisizleşebilir, bunun sonucunda sıklıkla depresyon ve kronik ağrı birlikte ortaya çıkar. Klinik psikologların en fazla tedavi ettikleri ağrı türleri, **baş ağrıları** (migren ya da gerginlik kaynaklı baş ağrıları), **artrit** ve **bel ağrılarıdır**.

Kronik ağrı koşullarının tedavisi ideal anlamda birkaç sağlık çalışanının uyumlu bir iş birliği ile sağlanmaktadır. Çok disiplinli hizmet veren ağrı klinikleri, hastalara yardımcı olmak amacıyla, klinik psikologlarla diğer sağlık çalışanlarının iş birliği içinde çalıştığı ilk örneklerdir. O günden bu yana, pek çok ağrı kliniği kurulmuş ve hastalar, sigorta şirketleri ve işçilerin kronik ağrı problemlerine yardımcı olan, işçi güvenliği ve tazminat organizasyonları tarafından kullanılmıştır. Fizyoterapistler ağrı çeken

hastalarla birlikte çalışarak eklem ve kaslardaki gerilimi azaltmayı ve işlevleri geri kazandırmayı amaçlarlar. Doktorlar çeşitli düzeylerde analjezik kullanımı ile tedaviyi denetlerler ve psikologlarda hastalarla genellikle depresyon ve anksiyete üzerinde çalışırlar. Psikologlar gerekli görmeleri hâlinde, aile bireylerini de tedavi sürecine dahil edebilir, böylece hastaların faal kalmalarını ve gelecek için plan yapmalarını sağlayabilirler. Psikologların görevinin kapsamı geniş çapta Melzack ve Wall'ın (1965) çalışmalarından elde edilmiştir. Bu ikilinin çığır açan **Gate (Kapı)Kontrol Teorisi** psikologların ağrı çeken hasta için neler yapabileceğinin tanımlanmasına yardımcı olmuştur. Melzack ve Wall, ağrının, hasarın boyutuna bağlı olarak değişiklik gösterdiğini ancak aynı zamanda hastanın bunu nasıl algıladığı ve deneyimlediğine göre de değişiklik gösterdiğini iddia etmiş (ve sonra kapsamlı bir şekilde test etmiştir). Bazı koşullarda ağrı kötüleşecektir. (ör. ağrı duyumuna izin veren "kapı" açıktır). Başka durumlarda ise ağrı, ağrı kapısını kapatan faaliyetlerde bulunmakla dindirilmiştir. Ağrı kapısım açan ya da kapatan tipik koşullar Tablo 17.7'de belirtilmiştir.

Ağrı hastalarıyla (Dr. Ann C gibi) çalışmanın, psikologlar için zor yanlarından biri ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesidir. Ağrının, gerçekten de zarar gören derinin kapladığı alanla orantılı olduğu yanık vakalarında hastanın belirttiği ağrı düzeyi ile yaralanmanın düzeyi arasında ciddi bir tutarlılık vardır.

Ancak ağrı, doğası gereği kişinin yaradılışına göre değişiklik gösteren bir deneyimdir. Hastanın geçmişi, olayı nasıl anlamlandırdığı, geliştirmiş olduğu ağrıyla başa çıkma modelleri, akut duygusal ve davranışsal tepkileri ve deneyimin yoğunluğu ve kalitesi

TABLO 17.7 Ağrı Kapısını Açıp Kapatan Koşullar

Ağrı kapısını kapayan koşullar

Fiziksel
- İlaç tedavisi
- Karşı uyarılma (ör., masaj, ısı)

Duygusal
- Mutluluk ve minnettarlık gibi olumlu duygular
- Gevşeme
- Dinlenme

Mental
- Sakin bir müzik dinlemek gibi hoş dikkat dağıtıcılar
- Sosyal faaliyetlere dahil olmak

Ağrı kapısını açan koşullar

Fiziksel
- Yaralanmanın boyutu
- Uygunsuz düzeyde hareketlilik (çok az veya çok fazla)

Duygusal
- Anksiyete, üzüntü, gerilim
- Depresyon
- Öfke

Zihinsel
- Ağrıya odaklanmak
- Sıkıntı; hobi ya da sosyal faaliyetlere dahil olmama

bunda etkili olmaktadır. Ağrının öznel doğası, çocukların ve hayvanların değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken zorluklara neden olmaktadır. Ne hayvanlar ne de küçük çocuklar yaşadıkları ağrı deneyimini etkili bir şekilde ifade edebilme becerisine sahip değildir. Geçmişte, gerekenden düşük dozlarla tedavi edildiklerine dair düşünceler ağırlık kazanmaktadır. Bu nedenle sözel olmayan ağrı davranışlarına dikkat edilerek çektikleri ağrı azaltılmaya çalışılmalıdır (Craig, Lilley ve Gilbert, 1996). Tazminat davalarına konu olmuş ağrı durumlarının değerlendirilmesi özellikle zordur. Bunun nedeni değerlendirme sonucuna göre tazminat ödenip ödenmemesine karar verilecek olmasıdır. Bu gibi senaryolarda, değerlendirme ve mahkemede tanıklık yapan psikoloğun çoklu değerlendirme yaklaşımları kullanarak hastanın yaşamakta olduğu ağrıya dair kapsamlı bir bilgi sunması önemlidir.

Maalesef, sigorta şirketleri, hastanın yaşadığı ağrı durumuna yönelik sahtekârlık ya da abartılı anlatımlarla karşılaşacak, bu nedenle de kişilerin kendi bildirimlerine güvenmeyecektir. Bölüm 9'da böyle bir hukuk davasına dair verilmiş örneği hatırlıyor musunuz? Bu, eğlendirmek amacıyla verilmiş olsa da anekdot gerçek bir hikâyeydi ve tam olarak burada anlatılan olaya hitap ediyordu.

Kronik ağrının psikolojik tedavisi ve özellikle de çok disiplinli hizmet veren ağrı kliniklerinin çalışmaları yalnızca etkin olmakla kalmayıp aynı zamanda, tedavi ücretinin, tasarruf sağlanan diğer tıbbi müdahalelerle kıyaslandığı maliyet dengeleme çalışmaları için bir örnek teşkil etmektedir (bu konunun tartışıldığı Bölüm 13'e bakınız; Flor, 2002).

◇ KARDİYOVASKÜLER RAHATSIZLIKLARI OLAN HASTALARLA ÇALIŞMAK

Kardiyovasküler rahatsızlıklar (damar tıkanıklığı, kalp enfarktüsü, kalp yetmezliği ve pıhtılaşma ile ilgili hastalıklar), tamamı tek bir etken olarak düşünüldüğünde, Kanada ve Batı ülkelerinde birincil ölüm sebebidir (Heart ve Stroke Foundation of Canada, http: //www.heartandstroke.com/site/c.ikIQLcMWJtE/b.3483919/).

Kardiyovasküler rahatsızlıkların yaygınlığı dikkate alındığında, bu hastalıkların sebepleri ve hastalık gelişiminde etken olan risk faktörleri ve bu risk faktörlerinin değiştirilebilirliği hakkında bilgi elde etmek adına yapılan araştırmalar çok fazladır. Neyse ki, majör kardiyovasküler rahatsızlıkların risk faktörlerinin neler olduğuna dair geniş çaplı bir görüş birliği bulunmaktadır. Bu gibi bilgilerin, hükümet politikaları ve sigorta poliçelerinin oluşturulmasında kullanılması hâlinde, bilinen ancak henüz **değiştirilemeyen risk faktörleriyle**, değişime açık risk faktörlerinin açık doğurgularından dolayı bunlara özel olarak dikkat edilmeli ve birbirinden ayırt edilmelidir. Bunun da ötesinde, düşük maliyetli sağlık hizmetleri politikalarının geliştirilebilmesi için çeşitli risklerin hastalığın gelişimindeki etkilerinin ne boyutta olduğunun bilinmesinde de ciddi fayda vardır. Ayrıca, aynı risk faktörlerinin, hastaları hangi düzeyde farklı hastalık sonuçlarına yatkınlaştırdığının tahmin edilmesi gerekmektedir. Benzer bir şekilde, en önemli risk faktörlerinin göreceli etki yoğunluğu sırasına göre belirlenmesi ve değiştirilmesi sağlık hizmetlerinin ve önleme çalışmalarının düşük maliyetli olmasını olanaklı kılar.

Daha sonra tanımlanacak olan, psikoloğun yaptığı işe bir temel oluşturması bakımından üzerinde anlaşmaya varılmış "değiştirilebilir" ve "değiştirilemez" olarak iki gruba ayrılmış risk faktörleri Kanada Kalp ve Felç Derneğinin web sitesinde mevcuttur:

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- Yüksek kan basıncı **(hipertansiyon)**
- Kandaki kolesterol oranının yüksek olması
- Diyabet
- Kilolu olmak
- Aşırı alkol tüketimi
- Fiziksel hareketsizlik
- Sigara içmek
- Stres

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Aile geçmişi
- Etnik köken
- Geçici iskemik atak ya da felç geçmişi

Psikosomatik tıpta, duygu ve hastalık sonucu arasında en erken varsayılan bağlar, anksiyete, depresyon ve kardiyovasküler rahatsızlık arasındaki bağlardır (Kubzansky ve Kawachi, 2000; Rozanski, Blumenthal ve Kaplan, 1999). Son birkaç on yılda araştırmacılar, bir zamanlar az kanıtla desteklenebilen klinik bilgiden, oldukça tutarlı bulgulara sahip etkileyici bir literatür bilgisine geçiş yapmıştır (Rozanski ve ark., 1999; Kubzansky ve Kawachi, 2000). Şimdi elimizde, anksiyete, depresyon ve kişilik özelliği hâline gelmiş öfkenin, kötü beslenme, hareketsiz bir yaşam tarzı, genetik faktörler ve sigara kullanımının etkileri ötesinde, koroner kalp rahatsızlığının gelişeceğini yordayacağına dair güçlü, ileriye yönelik kanıtlar bulunmaktadır (Linden 2008). Özellikle depresyonun daha önceden bir kere kalp krizi geçirmiş hastalarda, tekrarlanma riskini arttırmakla ilişkilendirildiği görülmektedir. Belgelenmiş risk oranları 2:1 ile 4:1 arasında değişiklik göstermektedir (Lesperance ve Frasure-Smith, 2000). Kardiyak hastaların %30'unda, en azından bazı depresyon semptomlarının görüldüğünü ve kardiyak hastalarının yaşadığı psikolojik sıkıntı ile ilgili yüksek bedeller ödediklerini düşünerek (Lesperance ve Frasure-Smith, 2000), psikoloji alanındaki araştırmacılar, kardiyak hastaları için gevşeme ve nefes alma vasıtası ile stresi ve uyarılmayı azaltma (van Dixhoorn ve White, 2005) odaklı programlar geliştirmişleridir. Stresi azaltmak ve depresyonu tedavi etmek içinse başkaca bilişsel ve davranışsal programlar geliştirmişlerdir (Langosch, Budde ve Linden, 2007). Bu tedavilerin ne kadar faydalı olduğuna dair çıktılar bazı karışıklıklara neden olmuştur. Bunun sebebi raporların, stres ve ölüm oranının azaltılabileceğini gösteren olumlu raporlarla, geniş çaplı klinik deneme çalışmalarından elde edilen ve psikolojik tedavilerin özgün faydaları olmadığını gösteren olumsuz raporlar arasında değişiklik göstermesidir (Writing

Committee for the ENRICHD araştırmacıları için Yazım Komitesi, 2003). İnce eleyip sık dokuyan meta-analizleri vasıtasıyla, hangi hastaların, ne gibi koşullarda psikolojik müdahalelerden faydalandıklarına bakılmış ve şimdi daha net olan mevcut veriler ortaya konmuştur (Dusseldorp, Van Elderen, Maes, Meulman ve Kraail, 1999; Linden, Phillips ve Leclerc, 2007). Dusseldorp ve meslektaşlarından oluşan Hollandalı araştırma ekibi, tedavinin gerçekten de stresi azaltması hâlinde, kardiyak hastalarının psikolojik tedavisinin müteakip ölüm oranlarını azalttığı net olarak görülmüştür. İlginç bir şekilde bazı klinik deneme çalışmaları, stresli olmamalarına rağmen bazı hastalara psikolojik tedavi önermiş ve tedavinin etkili olmadığı sonucunu çıkarmıştır [Dusseldorp ve ark., (1999); Linden ve ark. (2007)'nın değerlendirmelerine bakınız]. Linden ve meslektaşları (2007) ise günümüze kadarki en kapsamlı meta-analizi vasıtasıyla bu duruma daha açıklık getirmiştir. Başka aktif rehabilitasyon koşullarının arasına eklenen psikososyal müdahaleler ölüm ihtimalini ve ölüm riski taşımayan kardiyak rahatsızlıklarının tekrarlanmasını azaltmaktadır. Bu yalnızca erkek katılımcılar için geçerli olmuştur. Duygusal sıkıntı düzeyi düşük olan hastalar herhangi bir fayda sağlayamamış ve kardiyak rahatsızlığı geçirdikten çok kısa bir süre sonra tedaviyi alanlar ise çok fazla faydalanamamışlardır. Ancak ameliyattan ya da hastanede geçirdiği süreden aylar sonra araştırmaya katılan ve hâlâ duygusal sıkıntı çeken hastalar, tedavi sonrasında ölüm düzeyinde en çok düşüşü sergilemişlerdir. Bu alanın mevcut zorluk noktası, kardiyak rahatsızlıklara oldukça farklı tepkiler veren, kadın kardiyak hastalarının özgün ihtiyaçlarını karşılayacak müdahaleler oluşturmaktır (Abbey ve Stewart, 2000).

HİPERTANSİYON

Yüksek kan basıncı (ya da hipertansiyon) koroner kalp rahatsızlıklarının en belirgin risk faktörlerinden biridir ve oldukça yaygındır. Hipertansiyon gelişiminde genetik etmenler ciddi bir rol oynamaktadır. Ancak hastalığın bütünüyle açıklanması, genetiğin davranışsal ve psikolojik faktörlerle etkileşim içerisinde olmasından yanadır. Bireylerin strese aşırı tepki göstermesi ve bu nedenle uyarılmışlığı gereğinden uzun bir süre koruma nedenlerini anlamak konusunda düşmanlık gibi kişilik etkenleri kritik rol oynamaktadır (Schwartz ve ark., 2003; Linden ve ark., 1997). Stres ve otonom sinir sisteminin kendini düzenleme şeklinin bozulmasından kaynaklanan hipertansiyon arasında bağ kuran araştırma bulgularıyla tutarlı olarak, stresi ve uyarılmayı azaltarak kan basıncını azaltmayı amaçlayan psikolojik tedaviler geliştirilmiştir (Sakakibara, Takeuchi ve Takeuchi, 1994; Sakakibara ve Hayano, 1996). Bunlar, iki strateji vasıtası ile elde edilmeye çalışılmaktadır. Birinci yaklaşım, hepsi de kişinin otonom kendini düzenleme becerilerini geliştiren gevşeme eğitimi, meditasyon ve/veya biyo geri bildirim aracılığı ile hastanın fizyolojik uyarılma düzeyini azaltmayı ve otonom dengeyi sağlamayı hedeflemektedir. Bu gibi yöntemler bir standarda oturtulabilir ve kullanım kılavuzu tarzında çalışır bir şekilde, birkaç yöntem bir arada hastaya sunulabilir (ör., gevşeme ve ısı temelli biyo geri bildirim sıklıkla bir arada öğretilir; Linden, 2005).

İkinci bir yaklaşım ise, stresi, tetikleyen unsurlar, başa çıkma davranışları, düşünceler ve strese verilen fizyolojik tepkileri kapsayan, çok aşamalı bir süreç olarak görmektir (Linden, 2005). Ancak tedavi ya da müdahale, geniş çaplı problem çözme becerilerinin öğretilmesini gerektirebilmektedir. Bu ikinci daha dar odaklı yaklaşımı kullananlar yetersiz bilişsel ve davranışsal stresle başa çıkma becerilerini hedefler ve daha çok bireylere özgü, çok bileşenli müdahalelere ihtiyaç duyar. Bunun nedeni, varsayılan önemli becerilerin her hipertansiyon hastasında aynı

olmadığı gibi hastaların çevresindeki uyarıcıların da farklılık gösterdiğidir. İkinci yaklaşım terapistin daha yüksek düzeyde becerilere ve psikolojik terapiler üzerine daha fazla bilgiye sahip olmasını gerektirir.

100'ün üzerinde, rastgele seçilen kontrollü deneme çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre davranışsal tedaviler kan basıncını orta düzeyde azaltmaktadır. Bu gelişme bekleme listelerinde ve aktif olmayan kontrollerde görülen oranlardan çok daha yüksektir. Ancak etki boyutları oldukça değişkenlik göstermektedir. Ön test aşamasında, kan basıncında gözlemlenen azalmalar kan basıncı düzeyleri ile olumlu yönde ilişkilidir ve davranışsal çalışmaların olası faydaları hafife alınmaya yatkındır. Bunun nedeni bu tür araştırmalarda genellikle kan basıncı çok da fazla yükselmemiş olan hastalarla çalışılmasıdır. Çünkü kan basıncı fazla yükselmemiş olan hastalar çok da fazla bir gelişme kaydetmeyecektir. Çok bileşenli, bireyselleştirilmiş psikolojik tedaviler, gevşeme eğitimi gibi, tek bileşenli tedavilere oranla daha çok kan basıncı değişikliklerine neden olmaktadır (Linden ve Moseley, 2006).

KRONİK KALP YETMEZLİĞİ

İyileştirilmiş cerrahi teknikler ve yeni, etkin ilaç tedavileri, kalp hastalarının daha uzun yaşamasını mümkün kılmaktadır. Ancak, kalp rahatsızlığının daha iyi yönetilebiliyor olması tedavi edildiği anlamına gelmemektedir. Hastalar, artmakta olan bir oranla ilk miyokardiyal enfarktüs sonrasında hayatta kalmaktadır ve revaskülerizasyona (kan damarlarının cerrahi temizliği) ya da baypasa olumlu tepki vermektedir. Ancak bu sürecin sonunda **kronik kalp yetmezliği (CHF)** hastası olmaları kaçınılmaz gibidir ki bunun tedavisi yoktur. Bağlantılı bir şekilde, bu durum psikolojik destek ekipleri için semptomları yönetmek ve yaşam kalitesini (QOL) maksimize etmek adına yeni mücadeleler getirmektedir. Kronik kalp yetmezliği teşhisi konulduktan sonra, hastaların ortalama beş yıl yaşam alanı beklenmektedir (Mckelvie ve ark., 1995) ve kronik semptomlar ve hastalık seyrinin bilinmesi nedeniyle, genellikle yaşam kaliteleri düşüktür. Bu hastalar, pahalı acil durumlarla hastaneye yatırılan hastaların önemli bir yüzdesini teşkil etmekte ve bu durum da sıklıkla tedaviye uyum göstermemelerinden kaynaklanmaktadır (ör., ilaç kullanımında düzensizlik ya da bütünüyle reddetme, fazla tuz ya da sıvı tüketimi; Wagdi, Vuilliomonet, Kaufmann, Richter ve Bertel, 1993). Tıbbi krizlerin en sık rastlanan sebeplerinden biri olan tedaviye uymama unsurunu göz önünde bulunduran, Wagdi ve arkadaşları, hastaların bilgi düzeyini incelemiş ve tedaviye uymamanın temel nedeninin; hastaların, ilaç tedavisinin amacı ve düzeni hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları olduğunu tespit etmiştir. Bir başka nedenin de yerel doktorların hastalarını yeterince takip etmemeleri olduğunu tespit etmiştir. Hasta eğitimi ve yakın takipler, bu gibi hastaların yönetilmesinde oldukça düşük maliyetli bir yöntem olmakla beraber, hastaların tekrarlanan acil durumlarla hastaneye yatmalarını da engellemektedir. Standart tıbbi bakıma, psiko-eğitimsel bir bileşen eklemek kalp yetmezliği hastalarının işlevselliğini arttırmış ve 6 aylık bir takip süresi içerisinde hastaneye yatma oranlarını %85 oranında azaltmıştır. Bu, araştırmanın yapıldığı dönemde, sağlık hizmeti veren kuruluş ya da hastanenin hasta başına 9800 Amerikan Doları tasarruf etmesi anlamına gelmiştir (Fonarow ve ark., 1997).

Kalp yetmezliği olan hastaların yalnızca tedaviye uyumları zayıf değildir, pek çok hasta hastalık seyrine ciddi doğurguları olan depresyondan muzdariptir. Depresyon ve kalp yetmezliği (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg ve Mills, 2006) üzerine yayınlanmış 36 çalışmanın meta-analizinde kalp yetmezliği hastalarının %21,5'inde klinik anlamda belirgin depresyon olduğu tespit edilmiştir. Bu rakam, kullanılan soru formuna karşılık teşhis amaçlı görüşmelere (sırasıyla %33,6 ve %19,3) ve hastalığın ciddiyetine göre farklılık göstermiştir.

Birleştirilmiş sonuçlar, depresyondaki hastalarda daha yüksek oranda ölümlere, miyokardiyal enfarktüs gibi ikinci bir kardiyak sorununa (risk oranı = 2.1: 1), sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma eğilimlerine hastaneye yatma oranlarında ve acil ziyaretlerinde artışa işaret etmektedir. Tedavi araştırmaları, şimdiye kadar, genellikle küçük örneklemlere bağlı olarak gerçekleştirilmiştir ancak bu araştırmalarda tedavinin depresyon belirtilerini tutarlı bir şekilde azalttığına işaret edilmektedir. Buna ek olarak araştırmacılar, kalp yetmezliği hastalarında depresyonun tedaviye uyumu ne şekilde etkilediğini incelemişlerdir. 492 hasta üzerinde yapılan ileriye yönelik çalışmalarda, sürekli olarak depresyonda olan hastaların, akut semptomların tekrarlanma riskini azaltacak davranışlara daha az uyum gösterdikleri görülmüştür (Kronish ve ark., 2006). Bu davranışlara gösterilen uyum arasındaki farklar kısmen de olsa depresyonun kardiyak hastaları için neden ölümün yordayıcısı olduğunu açıklayabilir.

Sürekli depresyonda olmayan bireylerle, sürekli depresyonda olan hastaların kıyaslanması sonucunda depresyondaki hastaların sigarayı bırakma (OR = 0,23), ilaçlarını kullanma (OR = 0,50), egzersiz yapma (OR = 0,57) ve kardiyak rehabilitasyonuna katılma (OR = 0,50) oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, kalp yetmezliği hastaları üzerinde yapılan psiko-sosyal araştırmaların öneminin altını çizmekte ve gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalar için birkaç alan belirlemektedir.

KALP NAKLİ

Kalp yetmezliği hastalarının bir kısmı kalp nakli olabilmektedir. Nakil cerrahisi konusunda daha fazla deneyim kazanılmış olması ve vücudun organı reddetme olasılığına karşı gerekli olan müteakip reddetme yönetimi sayesinde günümüzdeki kalp nakli başarı oranı (hastaların %60'ında 10 yıl hayatta kalma) oldukça iyidir (Davies ve ark., 1996).

Ancak nakil, tibbi anlamda karmaşık ve duygusal olarak da zor bir süreçtir ve tedaviye uyum konusunda ciddi zorluklara sahiptir. Organ nakli yapılan 108 hasta 970 gün boyunca takip edilmiştir (Owen, Bonds ve Wellish, 2006) ve nakil öncesi değerlendirmeler, psikiyatrik risk faktörleri için retrospektif olarak kodlanmıştır. Daha önceden gerçekleştirilmiş intihar girişimleri, tıbbi tavsiyelere gösterilen düşük uyum, önceki alkol ve uyuşturucu rehabilitasyonları ve depresyon belirgin bir şekilde hayatta kalma süresini azaltmıştır.

Büyük oranda bertaraf edilemeyecek, ek bir stres kaynağı da nakil cerrahisinin büyük hastanelerde, örneğin üniversite eğitim hastanelerinde gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle kırsal kesimde yaşayanların en azından birkaç aylığına şehre yerleşmeleri bu yüzden de belirli bir maliyete katlanmaları ve sevdiklerinden uzak kalmaları gerekebilmektedir. Nakil sonrasında hastaların, bağışıklık baskılayıcıları ve kalp ilaçları ve sıklıkla başka ilaçlar da dahil olmak üzere karmaşık bir ilaç tedavisini takip etmeleri gerekmektedir.

Nakil hastalarının son derece sağlıklı bir yaşam tarzını sürdürmeleri için baskı altına alınmaları gerekmektedir. Yeni kalbin vücut tarafından reddedilmemesi için kilo almamaya dikkat etmek ve sağlıklı beslenmek çok önemlidir. Bunun yanı sıra makul bir egzersiz programı ve güneşe maruz kalmamak da önemlidir. Kesinlikle her hasta için olmasa da bazı hastalar için işe geri dönmek geçerli bir beklentidir ve nakil sıklıkla bireyin varoluşuna dair sorulara neden olur. Bunlar:

- Organ bağışçısı aile nasıl etkilenmiştir?
- Bu kalbi neden hak ediyorum?
- Hayatımın bundan sonraki yıllarında önemli olan nedir?

Kalp nakli, başlangıçta psikolojik olmayan, ancak tedavi süreci ve uyum gösterilmesi gereken davranışlar hasta üzerinde yük oluşturup, çok disiplinli bir sağlık ekibinin katkıları gerekli olduğunda, klinik psikologların değerli katkılarda bulunabilecekleri, birincil sağlık sorunları için çok iyi bir örnek teşkil etmektedir.

RESTENOZ (STENT TAKILMASI SONRASINDA YENİDEN DAMAR İÇİNİN DARALMASI)

Anjiyoplasti adlı cerrahi müdahale (tıkalı damarların temizlenmesi, açılması) daha az dokunun etkilenmesi nedeni ile baypas ameliyatından daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Ancak ne yazık ki damarların %30 ile %40'ı anjiyoplasti sonrasındaki en fazla altı ay içerisinde yeniden tıkanmaktadır (bu sürece restenoz adı verilmektedir). Söz konusu olan damarın başlangıçtaki tıkanıklık derecesi ve bulunduğu yer her ne kadar restenoz oluşup oluşmayacağına dair, bir dereceye kadar tahmin imkânı sağlasa da, açıklanamayan varyans psikolojik ve davranışsal faktörlere bağlanmaktadır. Restenoz oluşacağına dair en güçlü yordayıcı sigara içme alışkanlığının devam ettirilmesidir ve pek çok cerrah sigara içmeye devam eden hastalarda anjiyoplasti uygulamak istememektedir. Psikolojik bir perspektiften bakıldığında **hayati tükenme** kavramı ve **bilişsel adaptasyon teorisi** restenozu psikolojik faktörlerin yordama gücünü göstermek için kullanmıştır (Appels, Baer,Lasker, Flamm ve Kop, 1997; Helgeson ve Fritz, 1999). Bilişsel adaptasyon teorisi, olumlu bakış açısı, yüksek öz saygı ve hakimiyetin olması durumunda restenoz oluşumunun daha düşük düzeyde olduğu yordanmaktadır (Helgeson ve Fritz, 1999). Algılanan yetersiz enerji düzeyi, moralsizlik ve asabiyet anlamına gelen hayati tükenme ise, yüksek oranda restenoz oluşumunu yordamaktadır (Appels ve ark., 1997). Appels ve meslektaşları, öz yeterliliği ve psikolojik uyumu arttırmaya yönelik kısa bir bilişsel ve davranışsal temelli müdahale geliştirmişlerdir. Bu programın restenoz oranlarını düşürme potansiyeli bulunmaktadır (Appels ve ark., 1997).

KANSER HASTALARI İLE ÇALIŞMAK

Kanser hastalarının bakımında mükemmel gelişmeler sağlanmış ve son otuz yıl içerisinde hayatta kalma oranları istikrarlı bir şekilde artmaya devam etmiştir. Örneğin İngiliz Kolombiya'sında prostat kanseri olan hastaların hayatta kalma oranı %96'dır (http: // www.bccancer.ca). Ancak ne yazık ki kanser vakaları (teşhis konulan yeni vakalar) artmaya devam etmektedir. Kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en fazla ölümle sonuçlanan ikinci hastalık olmaya devam etmekte ve ölüm nedeni yaygınlığı açısından aralarındaki fark kapanmaktadır. Kanser teşhisinin konulması duygusal açıdan son derece tehditkar, anksiyete ve depresyona neden olan bir durum olmakla beraber seyrin belirsiz olması sebebiyle de içinde bulunulması zor koşullara neden olmaktadır (Ganz ve ark.,1996; Ganz ve Hahn, 2008). Kanser hastalarının ilk tedavi sürecinin gerçek anlamda etkili olup olmadığını anlamaları yıllarca sürmese de en azından aylarca sürmektedir. Duygusal sıkıntı, ister profesyoneller, ister sosyal destek ağlarıyla olsun, psikolojik destekle azaltılabilmektedir (Helgeson ve ark., 2000). Etiyolojik faktörler ve hastalığa uyum sağlama gibi, kanserle ilgili konularda çalışan psikologlar kendi alanlarından psiko-onkoloji olarak bahsetmektedir. Kanserin etiyolojisine psikolojik katkılar üzerine yapılan araştırmalar çok geniş çaplı olmuş

ve C tipi kişilik (içine dönük, saygılı, memnun edilmeye yatkın, uyumlu ve uygun; Temoshok ve Dreher, 1992), **travmatik kayıp** (Gurevich, Devins ve Rodin, 2002) ve **anlam arayışı** (Brennan, 2001) gibi ilginç teorik kavramlar doğurmuştur; ancak bugüne kadar herhangi bir psikolojik faktörün kanser gelişimi ya da gerilemesi adına güvenilir bir yordayıcı olduğuna dair çok az kanıt elde edilebilmiştir (DeBoer ve ark., 1999). Yordayıcı olabileceğine dair en çok araştırılan faktör depresyon olmuştur. Yeni kanser teşhisi konulmuş hastalarda depresyonun etkileri üzerine yapılmış ileriye yönelik çalışmaların meta-analizleri, depresyondaki hastaların küçük ancak yine de belirgin bir şekilde yüksek oranda kanserden ölme riski bulunmakta olduğunu göstermiştir ve depresif semptomların ya da klinik depresyonun yordayıcı olarak kullanılmasına göre değişiklik gösteren %20 ila %60 arası risk artışları görülmektedir (Satin, Linden ve Phillips, 2008).

Kanser teşhisi ve tedavisi ile başa çıkmakla ilgili olarak yaşanan zorlukları daha iyi anlayabilmek adına kanser ile kardiyovasküler hastalıkları kıyaslamak faydalı olabilir. Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili bir önceki bölümde, kalp hastalığının çok ani bir şekilde (en klasik örneği kalp krizi) nasıl ortaya çıkabildiğinden ve hastanın bu ani tehdit karşısında anlaşılır bir şekilde karmaşa ve duygusal sıkıntı yaşadığından bahsetmiştik. Ancak bu koşullardaki hastalar birkaç hafta ya da ay içerisinde kendi faydalarına olacak hangi davranış değişiklikleri yapabilecekleri ve yapmaları gerektiği, ayrıca eğer varsa işlevsel kısıtlılıkları hakkında net bir fikir sahibi olurlar. Bazı kalp hastaları kardiyak rehabilitasyona kendilerini adarlarsa rahatsızlıktan öncekine göre daha sağlıklı olurlar (Ornish, 1990). Kanser teşhisi ve tedavisini kapsayan süreç ise, kalp hastalığının öngörülebilir olması



Hasta Michel Sarrazin, Quebec, Kanada (Fotoğrafçı: Henri Dupond).

ve sıklıkla çabuk ve iyi neticelerin alındığı sürecinin birebir zıddı gibidir. Geleceğin, göreceli olarak daha net olduğu iki kanser hastası grubu vardır: birincisi ne yazık ki, hastalığın artık kontrol edilemez bir noktada olduğu ve yaşamak için kısa bir sürelerinin kaldığı söylenen palyatif gruptur. İkinci grup ise spektrumun öteki ucunda olan, tedavinin etkili olabileceği ve birkaç ay içerisinde hastalıktan kurtulabilecek hastalardan [bu umutlu senaryo, örneğin yaraları (lezyonları) çok net bir şekilde bölgesel olan bazı melanoma hastalarında görülebilmektedir] oluşmaktadır. Ancak hastaların önemli bir çoğunluğu uzun ve itici tedaviler görmekte ve yine de tedavinin sonunda hastalığın net bir şekilde tedavi edilip edilmediğini ve tekrarlama riskinin ne kadar yüksek olduğunu bilememektedir. İşin özü bu hastalar asla tam anlamıyla kendilerini güvende hissedemeyeceklerdir (Ganz ve Hahn, 2008). Hastanın yaşam kalitesi açısından önemli bir mücadeleye neden olan, içinde, tekrarlanma ihtimaline dair hissedilen korkuyu barındıran bu belirsizliktir. Araştırmacılar, hastanın kendisini bir sağ kalan olarak gördüğü süreçler hakkında bilgi edinmektedir Ganz ve ark., 1996; Ganz ve Hahn, 2008) ve klinisyenler de hastaları, kendilerini bu şekilde görmeye adapte olmaya teşvik etmektedir. Kanser tipik anlamda her ne kadar korku uyandırıcı olsa da hastaların çoğu iyi tepki verip, fiziksel ve psikolojik işlevselliklerinde aşamalı olarak gelişme kaydetmektedir (Helgeson, Snyder ve Seltman, 2004). Ancak bazı hasta alt grupları için değişim süreci yıpranma, korku, depresyon, tekrarlama riskine dair duyulan korku ve çaresizliğe işaret etmektedir. Bu nedenle hastaların ne derece uyum sağladıklarının tekrar tekrar tespit edilmesi gerekir; çünkü bu yaklaşım bazı durumlarda profesyonel desteğe ihtiyaç duyanların belirlenmesine yardım eder (Helgeson ve ark., 2004).

Psikolojik tedaviler ne derece işe yaramaktadır ve psikolojik işlevlerin hangi alanları işe yaramaktadır? Tedavinin önemli bir hedefi hastanın yaşam kalitesidir (Coyne, Stefanek ve Palmer, 2007). Zimmermann, Heinrichs ve Baucom (2007), kanser hastaları için duygusal sıkıntının azaltılması ve en etkin psikolojik tedavinin sunulabilmesi için gerekli olan bütün ek detayları içeren, genel tedavi üzerinde küçük bir etkisi (d =-.26) olan psikolojik tedavi ile ilgili meta-analizine dair sonuçları yayınlamıştır. Psikolog olmayan kişiler tarafından yönetilen müdahaleler dikkate değer ölçüde daha küçük etkiler yaratmış ve psiko-eğitim destekleyici terapiden daha etkili olmuştur. Birebir tedaviler, grup terapilerinden daha etkili olmuştur.

Yalnızca, tek bir, göreceli olarak özgül olmayan, gevşeme eğitimi bile faydalı olmuştur (Luebbert ve ark., 2001). Bu gözden geçirmede, on beş çalışma belirlenmiş ve bu çalışmalar kemoterapi ve radyoterapi gören, kemik iliği nakli ve hipertermi yaşayan hastaların deneyimledikleri duygusal sıkıntının azaltılmasında olumlu etkiler rapor etmişlerdir. Çıktılar biyolojik göstergeler (tansiyon, kalp hızı, bulantı, ağrı) hâlinde gruplanmıştır ve bununla ilgili toplam etki boyutunun, önce ve sonra kıyaslamaları için d =-.49 (örneklem boyutuna göre ağırlık) olduğu görülmüştür. Öznel duygusal sıkıntı (depresyon, gerginlik, anksiyete, duygudurum) için çıktılar da d =-.49'dur.

Psikolojik müdahalelerin kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olurken, yaşam süresini uzattığına ya da hastalık sürecini doğrudan etkilediğine dair bugüne kadar ikna edici kanıt bulunmamaktadır (Chow, Tsao ve Harth, 2004).

Psikolojik anlamda tedavi edilen hastaların hayatta kalma oranını arttırma üzerine yapılan meta-analizinde sekiz denemede yıl bazında 1 ve altı denemede 4 genel hayatta kalma oranları elde edilmiştir. 1 ve 4 yılda genel hayatta kalma oranları üzerinde, istatistiki anlamda belirgin olan herhangi bir fark elde edilmemiştir (risk oranları=.94 ve.95; ikisinin de şanstan belirgin bir şekilde fark olmadığına dikkat edin). Dört deneme 511 tane metastatik göğüs kanseri hastasını inceleme altına almıştır. Yine 1 ve 4 yılda genel hayatta kalma oranlarında belirgin bir farka rastlanmamıştır (risk oranları sırasıyla .87 ve .91dir).

KUTU 17.1

KANSER VE SAVAŞMA RUHU

Üniversite öğrencilerinin pek azının gazetelerdeki ölüm ilanlarını takip ettiğini düşünüyoruz. Ancak takip etmeleri hâlinde, kanser hastalarının mücadeleyi kaybettiklerinde, "kahramanca savaştı" şeklinde (ya da verilen mücadeleye atıfta bulunan herhangi bir başka şekilde) tanımlandıklarını fark ederlerdi. Böyle bir imaj, göğüs kanseriyle savaşanların, pes edenlere oranla hastalığın daha iyi üstesinden geldiğine dair ilk raporlar nedeniyle oluşmuştur (Pettingale ve ark., 1985). Kanser hastalarıyla çalışan pek çok profesyonel bu kahramanca mücadele hakkında en iyi ihtimalle karmaşık duygular içerisindedir dahası bu ifadeyi sevmemektedirler (Coyne, Stefanek ve Palmer, 2007). Neden diye düşünebilirsiniz? Her şeyden önce, hiç kimse hastanın bu küçücük tümör hücreleri ile nasıl savaşacağını bilmemektedir; dahası kahramanca bir mücadele vermenin hastanın ömrünü uzatmaya katkıda bulunduğuna dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır (ancak sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyma faydalı olmaktadır). Kansere karşı "savaş" açmanın faydalı olacağına dair hiçbir kanıt bulunmaması göz önüne alındığında, hasta boş yere ümitlenebilir ve kazanamayacağı bir savaşa gereğinden fazla enerji harcayabilir. Daha da kötüsü böyle bir mücadeleye girmeyenlerin, tümörün büyümesi hâlinde bir şekilde kötü talihlerinden, kendilerinin sorumlu olduğuna dair de gizli bir mesaj içermektedir. Potansiyel anlamda ölümcül bir hastalığın kurbanlarını yeterince savaşmayarak kendi ölümlerine katkıda bulunduklarına dair suçlamak gerçekler tarafından haklı çıkarılmamaktadır ve hastalar tarafından da hoş karşılanmamaktadır.

Ancak ne olursa olsun psikolojik tedavilerin ölüm oranları üzerindeki etkilerinin araştırılmasına bir son vermek son derece prematüre olacaktır. Çünkü bütün hasta tipleri, hastalığın tüm olası aşamaları henüz klinik denemelerde incelenmemiş ve sunulan tedaviler destekleyici terapi (Classen ve ark., 2001), farkındalık meditasyonu (Speca ve ark., 2000) ve bilişsel davranışsal müdahalelerle (Antoni ve ark., 1991) sınırlı kalmıştır.

SONUÇ

Bu bölümün iki amacı vardı. Bir açıdan gelişmekte olan sağlık psikolojisi ve davranışsal tıp alanlarına, psikolojinin uzmanlık alanları ve klinik psikolojinin alt uzmanlık alanları olarak bir giriş yapmaktı. Diğer hedef uygulamalı sağlık psikolojisi alanının araştırma bulgularını kullanarak klinik psikolojinin, birincil tedavi içerisindeki yerini netleştirmekti. Sağlık psikolojisinin Kuzey Amerika üniversitelerinde, en azından otuz yıldır, farklı bir ders olarak verildiğini dikkate almak gerekir. Günümüzde sağlık psikolojisi eğitimi veren pek çok psikolog, onların zamanında böyle bir eğitim mevcut olmadığı için, sağlık psikolojisi eğitimi alma avantajına sahip olamamıştır. Buna bu ders kitabının yazarlarından biri olan (W.L.) de dahildir ki kendisi üniversitesinde sağlık psikolojisi eğitimi veren (1980) ilk eğitmendir. Fiziksel sağlık hizmetleri kapsamında klinik psikoloji uygulamaları geniş anlamda bugünkü sağlık psikolojisi ve davranışsal tıp alanlarının temelini oluşturur. Klinik psikolojinin

sağlık psikolojisine katkıları, özellikle tıbbi durumlardaki problem davranışlarının anlaşılması ve bu davranışların değiştirilmesi adına bilişsel davranışsal prensiplerinin uygulanmasında net olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle klinik psikolojiyi en geniş çaplı hâliyle bir sağlık mesleği, bireyleri bir bütün olarak anlamaya çalışmak adına fiziksel ve ruhsal sağlığını entegre eden bir alan olarak görmekteyiz. Bu bölüm, her ne kadar oldukça uzun bir bölüm olsa da, psikolojinin hızla büyümekte olan hakimiyetinin ancak çok küçük bir kısmını ortaya çıkarabilmiş ve klinik psikolojinin bu alandaki hakimiyetine dair yalnızca örnekler verebilmişizdir.

DEVAM EDEN TARTIŞMALAR

Klinik psikologların önem kazanan uygulama alanlarından biri, birincil sağlık hizmetleri ve rehabilitasyondur (Humbke ve ark., 2004). Gelecek yıllarda daha da fazla büyüme olacağını tahmin ediyor ve bunların uzmanlaşmak için iyi alanlar olabileceğini düşünüyoruz. Klinik psikologların, çok disiplinli hizmet veren kliniklere katılarak ve hastalara bir tek kaynaktan karma şık sağlık hizmeti vererek kendilerini meslektaşlarından soyutlamaları, bu eğilime dair potansiyel bir problem olacaktır. Çünkü bu gibi kliniklerde ekipteki tek klinik psikolog onlar olacaktır. Böyle meslektaşlardan izole bir şekilde çalışmak profesyonel kimliği korumayı zorlaştıracak ve atılgan, pişkin bir psikolog olmayı gerektirecektir. İçinde çalışılabilecek bir psikoloji bölümü olmaması hâlinde, yeni psikologlar yetiştirmek ne yazık ki çok zorlaşacaktır. İşte bu koşullar altında nasıl uzman, yetkin bir psikolog olmanın yollarını bulmamız gerekmektedir. Meslektaşlarımızdan uzak olduğumuzda mesleğimizden uzaklaşma, dağılma riskini önlemeye yönelik çalışmaları yapmamız gerekmektedir.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Anlamı arama (Search for meaning)
Artrit restenoz (Arthritis restenosis)
Baş ağrısı (Headache pains)
Bel ağrısı (Lower back pain)
Bilişsel adaptasyon teorisi (Cognitive adaptation theory)
Birincil önlem (Primary prevention)
Değiştirilemeyen risk faktörleri (Unchangeable risk factors)
Hayati tükenme (Vital exhaustion)
Hipertansiyon (Hypertension)
İkincil önlem (Secondary prevention)
Kapı Kontrol Teorisi (Gate Control Theory)
Kronik kalp yetmezliği (CHF) (Chronic heart failure)
Olasılık oranı (Odds ratio)
Restenoz (Restenosis)
Risk faktörü (Risk factor)
Risk oranı (Risk ratio)
Tedaviye uyum (Adherence)
Tehlike oranı (Hazards ratio)
Travmatik kayıp (Traumatic loss)
Üçüncül önlem (Tertiary prevention)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Geleneksel psikoloji programları, mezunlarını birincil sağlık hizmetleri alanında çalışmaya ne kadar iyi hazırlıyor?
2. Klinik psikolojinin, psikiyatrik bağlamda geliştirilmiş hangi yönleri fiziksel sağlık problemleri üzerinde kullanılmaya uygundur ve/veya transfer edilebilir?

3. Yaşlı bir hastanın, kötü bir seyri olan hastalığı ve depresyon belirtileri olan, kalp yetmezliği gibi, kronik bir sağlık problemi olması durumu psikiyatrik bir ortamdaki 20 yaşındaki bir depresyon hastasıyla kıyaslanabilir mi?
4. Pek çok hastanın geçirdiği hastalığa yardım almadan göreceli olarak iyi adapte olduğu düşünülürse psikologlar olarak acaba gereksiz yere tedavi mi uyguluyoruz?

KAYNAKÇA

Abbey, S. E., & Stewart, D. E. (2000). Gender and psychosomatic aspects of ischemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research, 48,* 417–424.

Antoni, M. H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., et al. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunological changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 906–915.

Appels, A., Baer, F., Lasker, J., Flamm, U., & Kop, W. (1997). The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: A feasibility study. *Journal of Psychosomatic Research, 43,* 209–217.

Boyes, A. W., Girgis, A., Zucca, A. C., Lecathelinais, C. (2009). Anxiety and depression among long-term survivors of cancer in Australia: Results of a population-based survey. *Medical Journal of Australia, 190,* S94–S98.

Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer—Coping or personal transition? *Psycho-Oncology, 10,* 1–18.

Brody, D. S. (2003). Improving the management of depression in primary care: Recent accomplishments and ongoing challenges. *Disease Management Health Outcomes, 11,* 21–31.

Burrell, C. D., and Levy, R. A. (1985). Therapeutic consequences of noncompliance. In *Improving Medication Compliance: Proceedings of a Symposium.* Reston, VA: National Pharmaceutical Council.

Burgio, K. L., Goode, P. S., Locher, J. L., Umlauf, M. G., Roth, D. L., Richter, H. E., et al. (2002). Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women. A randomized controlled trial. *JAMA, 288,* 2293–2299.

Chen, E. (2004). Why socioeconomic status affects the health of children: A psychosocial perspective. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 112–115.

Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., & William, J. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. *Journal of Aging and Health, 3,* 3–27.

Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., et al. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry, 58,* 494–501.

Chow, E., Tsao, M. N., & Harth, T. (2004). Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliative Medicine, 18,* 25–31.

Coyne, J. C., Stefanek, M., & Palmer, S. C. (2007). Psychotherapy and survival in cancer: The conflict between hope and evidence. *Psychological Bulletin, 133*, 367–394.

Craig, K. D., Lilley, C. M., & Gilbert, C. A. (1996). Barriers to optimal pain management in infants, children and adolescents. *Clinical Journal of Pain, 12*, 232–242.

Cummings, N. A. (2005). Delivering the nuts without the bolts: The plight of clinical psychology practice. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 1071–1107.

Davies, R. A., Rivard, M., Pflugfelder, P., Teo, K., Jlain, B., Champagne, F. et al. (1996). *Heart transplantation in Canada and determinants of survival.* Paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Cardiovascular Society, Montreal.

DeBoer, M. F., Ryckman, R. M., Pruyn, J. F. A., & Van den Borne, H. W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: A literature review. *Patient Education and Counseling, 37*, 215–230.

Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraail, V. (1999). A meta-analysis of psycho-educational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology, 18*, 506–519.

Feuerstein M., Labbe, E. E., & Kuczmierczyk, A. R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective.* New York: Plenum.

Flor, T. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 18*, 355–365.

Fonarow, G. C., Stevenson, L. W., Walden, J. A., Livingston, N. A., Steimle, A. E., Hamilton, M. A., et al. (1997). Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional of patients with advanced heart failure. *Journal of the American College of Cardiology, 30*, 725–732.

Ford, E. S., Giles, W. H., & Dietz, W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA, 287*, 356–359.

Friedman, H. S., Tucker, J. S., Reise, S. P. (1995). Personality dimensions and measures potnetially relevant to health: A focus on hostility. *Annals of Behavioral Medicine, 17*, 245–253.

Ganz, P. A. Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment, 38*, 183–199.

Ganz, P. A. & Hahn, E. E. (2008). Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 26*, 759–767.

Gurevich, M., Devins, G., & Rodin, G. (2002). Post-traumatic stress disorder and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics, 43*, 259–281.

Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Engeland, C. G., Marucha, P. T., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2005). Stress, aging, and resilience: Can accrued wear and tear be slowed? *Canadian Psychology, 46*, 115–125.

Hayman, L. L. (2007). Behavioral medicine across the life course: Challenges and opportunities for interdisciplinary science. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(3), 236–241.

Helgeson, V., & Fritz, H. (1999). Cognitive adaptation as a predictor of new coronary events after percutaneous transluminal angioplasty. *Psychosomatic Medicine, 61*, 488–495.

Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *Health Psychology, 19,* 107–114.

Helgeson, V. S., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology, 23,* 3–15.

Humbke, K. L., Brown, D. L., Welder, A. N., Fillion, D. T., Dobson, K. S., & Arnett J. L. (2004). A survey of hospital psychology in Canada. *Canadian Psychology, 45*(1), 31–41.

Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology, 44,* 61–73.

Jackson, L., Leclerc, J., & Erskine, Y. (2005). Getting the most out of cardiac rehabilitation: A review of referral and adherence predictors. *Heart, 91,* 14–19.

Kostis, J. B., Rosen, R. C., Brondolo, E., Taska, L., Smith, D. E., & Wilson, A. C. (1992). Superiority of nonpharmacologic therapy compared to propranolol and placebo in men with mild hypertension: A randomized, prospective trial. *American Heart Journal, 123,* 466–474.

Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine, 167,* 540–550.

Kronish, I. M., Rieckmann, N., Hahn, E. A., Shimbo, D., Vorchheimer, D., Haas, D. C., & Davidson, K. W. (2006). Persistent depression affects adherence to secondary prevention behaviors after acute coronary syndromes. *Journal of General Internal Medicine, 21,* 1178–1183

Kubzansky, L., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research, 48,* 323–337.

Langosch, W., Budde, H. G., & Linden, W. (2007). Psychological interventions for coronary heart disease: Stress management, relaxation, and Ornish groups. In J. Jordan, B. Barde, & A. M. Zeiher (Eds.), *Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature* (pp. 231–254). Washington, DC: APA Books.

Lesperance, F., & Frasure-Smith, N. (2000). Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *Journal of Psychosomatic Research, 48,* 379–392.

Linden, W. (2005). *Stress management: From basic science to better practice.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Linden, W. (2006). Treating hypertension. In A. Kuczmierczyk & A. Nicevic (Eds.), *Formulation and treatment in clinical health psychology.* London, England: Routledge.

Linden, W. (2008). *Psychological and behavioral risk factors for cardiovascular diseases, technical report.* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Linden, W., Moseley, J. V., & Erskine, Y. (2005). Psychology as a health care profession: Implications for training. *Canadian Psychology, 46,* 179–188.

Linden, W., & Moseley, J. V. (2006). The efficacy of behavioral treatments for hypertension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 31,* 51–63.

Linden, W., Phillips, M. J., & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *European Heart Journal, 28,* 2972–2984.

Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: A meta-analytic review. *Psycho-Oncology, 10,* 490–502.

McKelvie, R. S., Koon, K. T., McCartney, N., Humen, D., Montague, T., & Yusuf, S. (1995). Effects of exercise training in patients with congestive heart failure: A critical review. *Journal of the American College of Cardiology, 25,* 789–796.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150,* 971–979.

Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan.* Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

Moss, D. (2007). Advances in neuromuscular rehabilitation. *Biofeedback, 35,* 1–2.

Ornish, D. (1990). *Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease.* New York: Random House.

Owen, J. E., Bonds, C. L., & Wellisch, D. K. (2006). Psychiatric evaluations of heart transplant candidates: Predicting post-transplant hospitalizations, rejection episodes, and survival. *Psychosomatics, 47,* 213–222.

Pinel, J. (2000). *Biopsychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Poole, G., Hunt Matheson, D., & Cox, D. N. (2008). *The psychology of health and health care: A Canadian perspective* (3rd ed.). Toronto, ON: Pearson Prentice-Hall.

Rodrigue, J. R. (1996). Introduction to the Special Issue on "Psychological research and practice in organ transplantation."*Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 3,* 299–302.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation, 99,* 2192–2217.

Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 23,* 51–61.

Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. A., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology, 48,* 1527–1537.

Sakakibara, M., & Hayano, J. (1996). Effect of slowed respiration on cardiac parasympathetic response to threat. *Psychosomatic Medicine, 58,* 32–37.

Sakakibara, M., Takeuchi, S., & Hayano, J. (1994). Effect of relaxation training on cardiac sympathetic tone. *Psychophysiology, 31,* 223–228.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H. 3rd, & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine, 47,* 156–163.

Satin J., Linden, W., Phillips, M. J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer, 115,* 5349–5361.

Schwartz, A., Gerin, W., Davidson, K., Brosschot, J., Thayer, J., Pickering, T. G., & Linden, W. (2003). In search of a coherent model of stressor effects on short-term cardiovascular adjustments and the development of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine, 65,* 22–35.

Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin, 130,* 601–630.

Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction prog-

ram on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62,* 613–622.

Steven, I. D. (1999). *Patient presentations in general practice: A comprehensive guide to diagnosis and management.* Sydney, Australia: McGraw-Hill.

Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., & Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology, 156,* 328–334.

Talen, M. R., Fraser, J. S., & Cauley, K. (2005). Training primary care psychologists: A model for pre-doctoral programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 136–143.

Temoshok, H., & Dreher, H. (1992). *The type C connection: Behavioral links to cancer and your health.* New York: Random House.

van Dixhoorn, J., & White, A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 12,* 193–202.

Vitaliano, P. P., Zhang, J, & Scanlan, J. (2003). Is care-giving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129,* 946–972.

Wagdi, P., Vuilliomonet, A., Kaufmann, U., Richter, M., & Bertel, O. (1993). Ungenuegende Behandlungsdisziplin, Patienteninformation und Medikamentenverschreibung als Ursachen fuer die Notfallhospitalisation bei chronisch herzinsuffizienten Patienten. *Schweizer Medizinische Wochenschrift, 123,* 108–112.

Writing Committee for the ENRICHD investigators. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The enhancing recovery in coronary heart disease patients (ENRICHD) trial. *JAMA 289,* 3106–3116.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dan, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. on behalf of the INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case control study. *The Lancet, 364,* 937–952.

Zimmermann, T., Heinrichs, N., & Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all"? Moderators in psychosocial intervention for breast cancer patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 34,* 225–239.

PSİKOFARMAKOLOJİ*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Reçete yazma yetkilerinin olmamasına rağmen psikologlara yönelik olarak hazırlanan bu kitapta farmakolojik tedaviye ayrılmış bir bölümün bulunmasının nedenini merak ediyor olabilirsiniz. Gerçekten de bu konunun lisanslı psikologların çalışma alanlarının dışında kaldığını mı düşünüyorsunuz?

En azından bir kez **psikofarmakoloji** konusunu gözden geçirmenin gerekli olduğunu düşündüren nedenler sayıca fazladır. Bizim buradaki asıl amacımız, henüz eğitim aşamasındaki klinik psikologların ve okuyucuların temel psikofarmakoloji bilgisine sahip olmanın kendilerine kazandıracağı bazı avantajlar hakkında bilgi edinmelerini sağlamaktır:

- Tedavi sırasında hekimle psikolog arasında karşılıklı bir etkileşim kurmak;
- İlaç tedavileriyle diğer psikolojik desteklerin bir arada toplandığı ideal bir tedavi;paketi için hekim ile ileriye dönük bir iş birliği oluşturmak;
- Değerlendirmenin daha net yapılabilmesi için hastanın genel tıbbi durumunu kavrayabilmek (Bölüm 6'da *DSM-IV* eksen 3 hakkında verilen bilgilere bk.);
- İlacın kendisi ya da yan etkileri nedeniyle ortaya çıkabilecek olası diğer somatik ve psikolojik belirtileri anlayabilmek.

Klinik psikologların psikofarmakoloji konusunda bilgi sahibi olmayı istemelerinin başlıca iki nedeni vardır. Bunlardan ilki, psikoaktif ilaçların psikiyatristlere kıyasla çok daha fazla (% 87) aile hekimleri ile diğer tıp uzmanları tarafından reçete edilmeleridir (DeLeon ve Wiggins, 1996). Oysa aile hekimleri çoğunlukla herhangi bir psikoterapi eğitimi almadan sadece 4-12 hafta süren bir psikoaktif ilaç eğitiminden geçerler (Tucker, 1992; Zimmerman ve Wienckowski, 1991). Bu iki durum birlikte değerlendirildiğinde hastayı tedavi ederken klinik psikologun hekimle beraber çalışmasının gerekli olduğu görülür. Ancak klinik psikologla psikiyatristin aynı hastayı birlikte tedavi ettiği durumlar pek nadirdir. Aslında her iki klinisyenin de aynı dili paylaştıkları saygılı bir tedavi ortamının kurulması hasta açısından en ideal olanıdır.

---

* Çeviren: Uzman Dr. Utkan TİYEKLİ

BİR KLİNİK VAKA SENARYOSU:

Psikofarmakolojinin en azından temel ögelerini bilmenin klinik pratikte sağladığı avantajları size bir klinik uygulama örneği ile göstermek istiyoruz:

[redacted]

Vincent, yüksek lisans eğitimi sırasında mükemmel bir gelişim gösterdiği bilinen ve akredite eğitim programı kapsamındaki zorunlu bir yıllık tam zamanlı stajına başlamadan önce tezini başarıyla savunmuş olan bir öğrencimizdir. Staj rotasyonlarından birisini geriatri ünitesinde tamamlayan Vincent, burada hastaların hastaneye yatırılmalarını ya da sürekli bakım hizmeti almalarını gerektiren bir durumlarının olup olmadığı gibi konuların değerlendirildiği ya da kendi başlarına yaşamlarını sürdürebilme yetilerinin ölçüldüğü heyet toplantılarına katılır. Süpervizörü ondan Joseph M. isimli hastanın bilişsel yeteneklerini değerlendirmesini istedi. Günlük ihtiyaçlarıyla ilgilenemeyecek kadar uzakta olmaları nedeniyle tek başına yaşamını sürdürmek zorunda kalan 69 yaşındaki Joseph M.'nin çocukları da kendisinin daha kötüye gitmesinden endişe duyuyorlardı. O gün ilk defa Joseph M. ile karşılaşacak olan Vincent değerlendirme için öncelikle Wechsler Zekâ Testi'ni kullanarak tam bir IQ testi ve zihinsel durum testi yapmak istedi. Ayrıca bu test gününe hazırlanırken Bn. M.'nin kullandığı bütün ilaçların da getirilmesini istedi. Psikologların alışılageldiği üzere uzmanlık alanına girmemesi nedeniyle ilk başta bayan M.'nin farmakolojik tedavileriyle ilgilenmeyi aklından geçirmeyen Vincent, hasta ile iletişime girdiğinde Bn. M.'nin oldukça yavaş ve dezorganize (dağınık) bir durumda olduğunu fark etti. Zihinsel değerlendirme sırasında çoğu soruyu doğru yanıtlasa da, hastanın sorular arasında uzun süreli boşluklar yaşadığını, oldukça tereddütlü ve hafiften gevelercesine bir biçimde konuştuğunu gözlemledi. Hatta Bn. M. öylesine zorlandı ki, Vincent hastanın IQ testini tamamlayabileceğinden kuşku duydu. Bir yandan bunu başarsa bile bu testin objektif değerlendirme için geçerli sayılıp sayılamayacağına bir türlü karar veremedi.

Vincent, hastanın yaşına ve Bn. M.'nin önceden psikotik olaylar yaşadığına (ki hâlâ antipsikotik ilaçlar kullanmaktadır) dayanarak ona hemen hangi ilaçları kullandığını sordu. İlaçların isimlerini bilmediğini söyleyen Bn. M., hapları göstererek "sinirleri için" günde dört kez mavi-gri olanlardan, "kalbi içinse" başka mavi bir kapsülden aldığını söyledi.

O sırada hastane departmanında bulunan bir ilaç rehberini karıştıran Vincent, (Canadian Pharmaceutical Association'ın her yıl yayınladığı *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*-bu kitaba ayrıca internetten de erişebilir), mavi-gri renkleri olan silindir şekilli hapların içeriğinde ***Stelazine*** (bir antipsikotik ajan) etken maddesinin olduğunu öğrendi. Bayan M.'nin kullandığı bu tabletlerin üzerlerinde 10 rakamı vardır. Diğer kullanılan ilaç ise ticari adı Inderal olan bir beta blokördür. Bu bilgileri Bayan M.'nin yanında getirdiği ilaç kutularıyla karşılaştıran Vincent, silindir şekilli mavi hapların olduğu kutuda 80 mg'lık hapların olduğunu ve asıl endişe verici olanın da ilaç kutusunda belirtilene göre Bayan M.'nin günde 20 mg'lık Stelazine kullanması gerekirken (4 × 5 mg şeklinde) günde 40 mg.'lık Stelazine alıyor olmasıdır (4 x 10 mg). Zira, bir süredir mavi-gri küçük yuvarlak haplardan günde 4 tane aldığını belirten hastaya Vincent reçetede belirtilen 5 mg'lık hapların yerine 10 mg kullandı-

ğını, böylece istemeden dozajı ikiye katladığını söyledi. İkinci ilaç Inderal, iki yıl önce Bayan M.'nin yaşadığı kalp krizine benzer problemleri olan genelde kalp krizi geçirmiş hastalarda, kalbin uyarılmasını ve kalp yükünü azaltmada kullanılan bir beta blokör olup, yetişkinler için günlük kullanılması gereken en yüksek dozu 80 mg'dır. Bu durumda akla gelebilecek ilk şey, sempatik sinir sisteminin uyarılabilirlik düzeyini azalttığı bilinen beta blokör etkiye sahip olan bu ilacın Stelazine ile beraber kullanıldığında sinerjik etkileşime girdiği için etkisinin daha da artarak Bayan M.'nin uyarılmışlığını çok daha fazla düşürmüş olmasıdır. Stelazine, yetişkinler için tipik günlük dozu 15-20 mg olan ve sedasyon etkisi güçlü bir antipsikotik ilaçtır (*CPS*, 1994; Simacola ve Peters-Strickland, 2006). Vincent; Bn. M.'nin belki de aşırı derece sedasyona maruz kaldığı için IQ testini tam olarak tamamlayamamış olduğu fikrine kapıldı. Vincent, geriatri hastalarının metabolizmalarının oldukça yavaşlamış olduğunu ve yetişkinlere verilen standart dozun bile çok çabuk toksik etkiler gösterebileceğini psikofarmakoloji derslerinden hatırladı. Bu durumu gözetim ve denetimini yapan psikiyatristine söyledi. Vincent, Bn. M.'nin gerçekten düzgün bir tedavi alıp almadığından emin olmak istedi. Vincent, ilaç kullanım dozunu ve içeriğini tamamıyla anlamak için çaba sarf etmemiş olsaydı, hastanın oldukça yavaş ve tutuk bir performans göstermesi nedeniyle bilişsel yeteneklerini değerlendirerek boşa zaman harcayacak ve Bayan M.'nin kendi başına yaşayamayacağı şeklinde yanlış bir sonuca varacaktı.

Özetle, Bayan M.'nin ilaç kullanım dozuna karar verecek kişinin kendisi olmadığını bilmesine rağmen, Vincent'in, bu ilacı Bn M.'nin yüksek olasılıkla aşırı dozlarda kullandığını ve bunun performans testinin geçerliğine yapacağı etkileri fark etmiş olması oldukça önemlidir. Bilişsel değerlendirme yaparken kullanılan ilaçların da gözden geçirilmesi nihayetinde ortaya çıkabilecek ilaç etkileşimlerinin göz ardı edilerek hatalı bir değerlendirme yapılmasını önleyebilir.

FARMAKOLOJİ DİLİ: ÖNEMLİ KAVRAMLAR

Tıbbi ve farmakolojik terminolojide kullanılan birçok medikal terimin Yunan ve Latince kökenli olmasının nedeni bunların binlerce yıldır kullanılagelemsidir. Bu terminoloji beraberinde ayrıcalıklı bir gruba özgü gizli bir kod kullandıkları izlenimi de vermektedir. Kendine özgü bir dili olan birçok uzmanlık alanıyla karşılaştırıldığında aslında bu terminolojinin biraz çaba ile kavranabilmesi de mümkündür. Buradaki amaç okuyucuları birer bilirkişi hâline getirmekten öte, bu dünyayı daha az gizemli kılarak biraz olsun anlayabilmelerini sağlamaktır.

Konu ilaç yazma olduğunda karışıklığa yol açabilecek ihtimaller artar. Zira her ilaç firması, kendi ilaçlarını özel ticari adlarla üretirler. Tek bir standart yaratmak ya da ortak bir dil oluşturmak amacıyla farmakoloji biliminin kendine has bir terminolojisi olsa da, bu terminoloji sadece belirli bir ilaç tipini belirli bir grup altında birleştirmeyi sağlar. Ticari isimler çok daha çeşitlidir. Bizler ticari isimleri değil, farmakoloji biliminin sağladığı jenerik isimleri kullanırız. Örneğin, **metilfenidat** çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda etkili olduğu bilinen ve sık sık reçetelendirilen bir ilacın jenerik ismidir (-psychostimulant drug-psikolojik uyarıcılar sınıfındandır). **Metilfenidat**; üretici firmaya bağlı olarak Ritalin, Meta date, Methylin ve Concerta gibi ticari adlar altında

satılırlar (Simacola ve Peters-Strickland, 2006). Ayrıca jenerik terimlerin kullanılması, sistematik olarak ne tarz bir ilaçtan bahsedildiğini anlamamızı sağlar.

Örneğin, jenerik isimleri "...*ine*" ile biten ilaçlar genellikle sakinleştiricilerdir. İlaç firmaları, aralarındaki rekabet yüzünden aynı jenerik ilaç için birbirine benzeyen ticari adlar kullanmaktan kaçınırlar. Zira nasıl insanlar kağıt mendili Kleenex olarak hatırlıyorlarsa, İlaç firmaları benzer bir biçimde insanların dillerine kendi koydukları ticari adların dolanmasını isterler (Kleenex, ABD'de bir kağıt peçete markası olmasına rağmen, bütün kağıt mendiller için kullanılan bir isim hâline gelmiştir)*.

Şeffaflığın korunması ve hastanın güvenliği açısından tıbbi ilaç birlikleri ***Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (CPS)-Farmasotik İlaç Rehberi (FİR)*** olarak adlandırılan ve her yıl güncellenen bir kılavuz kitap çıkarırlar. FİR, hem içerisindeki jenerik ilaç isim listesini kullanarak hangi ilacın hangi jenerik ilaç ismi ile satıldığını, hem de bu ürünü satan diğer ilaç firmalarıyla kullanılan diğer ticari isimlerin geriye dönük olarak saptanmasını sağlar. Bu kılavuzda ayrıca her bir ilacın kimyasal yapısını, tipik kullanım dozunu, olası beklenen ve istenmeyen yan etkileri içeren bölümler de vardır. Diğer bir faydalı özelliği ise kılavuzun başında özellikle acil durumlarda gerekli olabilecek birçok ilacın görselleştirilmiş hallerine de yer verilmesidir. Bu sayede okuyucunun ne hastaya ne de hekime sormadan kullandığı ilacın basitçe boyutuna, rengine, şekline ve üzerinde yazılanlara bakarak ilacı ve dozajı tanımasına ve değerlendirmesine olanak sağlar. Klinik psikologların gerekli durumlarda oturdukları yerden hastaların kullandıkları ilaçlar hakkında hızlıca fikir edinmeleri için ilgili internet sitelerini, bilgisayarlarındaki yer imlerine eklemelerini ya da en azından kitaplıklarında güncel bir FİR bulundurmalarını öneririz.

Buradaki asıl amaç, ilaçların temel etkileri ile reçetede yazılan terimler hakkında bilgi sahibi olmanızı sağlamak ve bunları anlamanıza yardımcı olmaktır. Şu anda kullanımda olan binlerce ilacın varlığı göz önüne alındığında (sakın korkmayın, size burada bunları ezberletmeye çalışmayacağız) zor bir işmiş gibi görünse de aslında kavramsal açıdan bakıldığında bu listenin çok daha kısa olduğunu göreceksiniz.

Sıkça Kullanılan Terimler ve Kısaltmalar

Sıkça kullanılan terimler ve kısaltmalar tablo 18.1 ile 18.2'de listelenmiştir.

FARMOKOLOJİK İLAÇLARIN KULLANIM ŞEKİLLERİ VE ALANLARI

Psikoaktif sokak ilaçlarını sınıflandırırken kaba ama bir yandan da oldukça kullanışlı iki yaklaşım vardır. Bunlar; (a) uppers yani uyarıcılar: uyarılmışlığı ve uyanıklığı arttıran ilaçlar (b) downers yani yatıştırıcılar: uyarılmışlığı azaltan ve sakinleştirici etkisi olan ilaçlardır. Öte yandan çok daha karmaşık mekanizmalara sahip olmaları nedeniyle reçeteli ilaçların böyle basit bir yaklaşım ile sınıflandırılabilmeleri oldukça zordur. İlaç etkileri açısından bakıldığında reçeteli ilaçlarla sokak ilaçlarının birbirleriyle bazı özellikler açısından örtüştükleri görülür. Örneğin; amfetaminin ve kokainin her ikisinin de uyarıcı (stimülan) etkileri varken, kaygı giderici ilaçlarla (anksiyolitikler) eroin gibi maddelerin duyarsızlaşma (hissizlik, numbing) etkileri ortaktır. Reçeteli ve yasadışı bütün ilaçlarda geçerli olan kural, kullanılan dozların giderek yükseltilmesinin toksik etkilere ve en

* Çevirinin Notu: Ülkemizde de Selpak adı aynı durumdadır.

TABLO 18.1 Kavramlar ve Tanımlar

Toksisite	Bu terim reçete edilen ilacın istenilen etkiyi sağlamada genelde güçlü olduğunu ancak ilacın aşırı kullanımının zararlı olduğu durumlara toksisite denir.
Yan etki	Reçeteli ya da yasadışı biçimlerde kullanılan ilaçların potansiyel açıdan oldukça güçlü olmaları nedeniyle bazı istenmeyen ve olumsuz etkilerin ortaya çıkma olasılığı bu ilaçlarda daha fazladır. Bunlar istenmeyen ancak bir yandan da ortaya çıkması engellenemeyen etkilerdir. Her ilacın her hastada aynı yan etkiyi ortaya çıkarmaması işleri daha da karmaşıklaştırır. Bir yan etki ile karşılaştığında korkuya kapılmasını engellemek için henüz tedavinin başındayken hastanın görece daha sık ortaya çıkan ve öngörülebilir yan etkiler hakkında bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.
İstenmeyen etkiler	Bunlar, bir yandan şaşırtıcı ve hoş olmasalar da genellikle zararsız ve öngörülebilir durumda olan etkilerdir. Ancak bunlardan bazılarının amaçlanan etkinin dışında karaciğer yetmezliği ya da pulmoner hipotansiyon gibi oldukça ciddi tehlikeler barındırdıkları ya da hamilelik esnasında alınmaları hâlinde bebeğin zarar görmesine neden olabildikleri de unutulmamalıdır.
Tolerans	Uzun süre kullanılan ilacın aynı etkiyi sağlaması için daha yüksek dozlarda alınması gerektiği anlamına gelen bir terimdir.
Yarılanma ömrü	Ağız yoluyla ya da enjekte edilerek kullanılan bir ilacın terapötik (tedavi edici) etkiye ulaşması genellikle zaman alır ve bu süre sınırlıdır. Bu nedenle istenen etkinin yarısına ulaşılması için gereken zaman aralığının hesaplanması etki süresinin bilinmesi açısından faydalıdır.
Yoksunluk (Çekilme)	Kullanılan yasadışı maddenin ya da ilacın bir anda kesilmesidir. İlaca uyum sağlamış olan ve bu kimyasaldan yoksun kalan vücudun yeniden uyum sürecine girmesiyle birlikte ortaya çıkan belirtilere çekilme belirtileri denir. Çoğu kez oldukça rahatsız edici olan bu yoksunluk (çekilme) belirtilerinin yaşanmaması için ilacın kademeli bir biçimde yavaş yavaş azaltılarak bırakılması gerekir.
Potensiyalizasyon (tesirini artırma) ve sinerjizma (benzer etki)	Hastaların birçoğu birden fazla ilacı beraber kullanırlar. Bazıları da birbiriyle etkileşime girebilme olasılıklarını hesaba katmadan reçeteyle ya da yasadışı yollarla elde ettikleri ilaçları karıştırırlar. Birbirine benzer etkilere sahip iki uyarıcı (uppers) ilacı ele alalım. Bu ilaçların uyarılmayı ve uyanıklığı arttıran ilaçlar olması nedeniyle iki ya da daha fazla ilacın birlikte alınması sonucunda çok daha kuvvetli etkiler ortaya çıkar. Aynı şekilde yatıştırıcılar (downers) için de durum benzerdir. Örneğin, uyku yaptığı bilinen antihistaminik bir ilacın alkolle birlikte alınması hâlinde etkisi artar ve oldukça tehlikeli sonuçlara yol açabilir.
Bağımlılık	Uzun süre kullanıldıklarında türüne bağlı olarak ilaçlardan ve yasa dışı maddelerden bazıları hastanın fizyolojik işlevlerini öyle değiştirirler ki, beyin sanki böyle bir kimyasalın zaten vücutta var olması gerektiğine ve hatta onsuz yapamayacağına inanmaya başlar. Bazı durumlarda bu ilaçlar vücudun doğal olarak kendi ürettiği kimyasal bileşiklerin yerine de geçebilirler. Örneğin eroin, morfin ya da metadon gibi maddelere bağımlılık gelişirken doğal bir ağrı kesici olan enkefalin üretilmemeye başlar. Bu nedenle bırakma girişimi sırasında oldukça yüksek düzeyde çekilme belirtileri (ör. çok ciddi ağrılar) görülür.

TABLO 18.2 Kısaltmalar

Rx	Reçete (recipere)
qd	Günde bir kez (quaque 1 diem)
b.i.d.	2×/gün (bis in idem)
t.i.d.	3×/gün(ter in diem)
q.i.d.	4×/gün (quater in diem)
p.r.n.	Lüzum hâlinde (pro re nata)
p.o.	Aylık (per os)
stat	İvedi (statim)

nihayetinde ölüme yol açmalarıdır. Bazı uyarıcıların (amfetaminler gibi) ve sedatif hipnotiklerin birçoğunun (Demoral ya da morfin gibi güçlü ağrı kesiciler) oldukça yüksek düzeyde bağımlılık riski taşıyan ilaçlar olması nedeniyle sadece hastayı yakından takip eden bir doktor tarafından belirli aralıklarla reçete edilmeleri ve kısa sürede kesilmeleri gerekir. (Schatzberg ve Nemeroff, 2004).

Psikoloji, psikiyatri ve genel tıbbi durumlarda kullanılan psikofarmakolojik ilaçlar ve uygulama alanları şunlardır:

- Ağrı → Analjezikler
- Anksiyete → Anksiyolitikler
- Depresyon → Antidepresanlar
- Bipolar bozukluk → Lityum türevleri
- Şizofreni → Major trankilizanlar ya da antipsikotikler
- Travma sonrası stres bozukluğu → Çeşitli duygudurum düzenleyicileri
- Sigarayı bırakma → Bupropion gibi duygudurum düzenleyicileri
- Kilo kaybı → Amfetaminler gibi uyarıcılar

İlaç tedavisiyle psikolojik müdahalelerin birbirleriyle ilişkide oldukları alanları kabaca dört kategoriye ayırarak sınıflandırabiliriz:

1. Kabul gören yaygın kanı tedaviye başlarken ilaç tedavisinin oldukça gerekli olduğu şeklindedir. Bu değerlendirmeyi yaparken şizofreni, şizofreniform bozukluklar, bipolar bozukluk, akut ağrı ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi durumlar açısından bakıldığında bu yaklaşım doğrudur (ADHD; Baethge, 2002; Goodwin, 2002; Sachs, 2004; Schatzberg ve Nemeroff, 2004). Ancak ilk basamakta ilaç tedavisinin gerekli ve etkin olduğu bilinen bir gerçek olmasına rağmen, psikolojik desteğin ve davranış eğitiminin tedavide yadsınamaz katkılar sağladıkları da unutulmamalıdır (Bk., Örneğin; Barkley, 2002; Huxley, Rendall ve Sederer, 2000).

2. Hem psikolojik tedavinin hem de ilaç tedavisinin kendi alanında etkili oldukları bilinmektedir. Genellikle ilaç tedavisinin psikolojik tedaviye göre daha hızlı etki gösterdiği doğrudur; ancak yapılan araştırmalarda psikolojik tedavinin relapsları (tekrarlamaları) azalttığı ve uzun dönemde iyi sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Rupke, Blecke ve Renfrow, 2006). Bunlar depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve sigarayı bırakma gibi tedavilerde uygulanan psikolojik yöntemlerdir. Ayrıca hastalar açısından bakıldığında önce psikolojik tedavi ile yola çıkılması, başarılı sonuçlara ulaşılamadığı ya da yeterli olmadığı durumlarda ilaç tedavisi seçeneğine geçilmelidir..
3. Yapılan araştırmalarda psikolojik tedavinin ilaç tedavisine üstünlüğünü gösteren bazı kanıtlar da vardır (yalnız, burada "üstün" ifadesi yan etkileri olmayan, süreğen ve etkin sonuçlar anlamında kullanılmıştır). Bu nedenle ilaç tedavisi esnasında görülen veya sonradan ortaya çıkabilecek faydalar göz ardı edilmemelidir. Ancak psikolojik tedavinin ilk tercih olarak görülmesi de mümkün olabilir. Günümüzde bu yöntemlere örnek olarak fobi, travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlarda uygulanan bilişsel davranışçı tedavilerle bulimia nevroza ve üriner inkontinans (idrar kaçırma) gibi hastalıklarda yararlı olabileceği düşünülen biofeedback (biyo geri bildirim) tedavisi verilebilir (ör. Burgio ve arkadaşları, 2002; bk. 13. Bölüm)
4. Dördüncü olasılık ise, en başından itibaren ilaç tedavisiyle psikolojik tedavinin birlikte yürütüldüğü bir yol çizmektir. Örneğin, intihar eğilimi olan ağır bir depresyon hastasında intihar riskinin ortadan kaldırılması açısından ilacın yaratacağı ilk hızlı etkinin önemi büyük olsa da bu tedavinin uzun vadede psikolojik tedaviyle desteklenirse gelecek için daha umut vaat edeceği bir gerçektir. Benzer olarak multidisipliner yaklaşımı olan ağrı kliniklerinde (17. Bölüm'deki gibi) hastanın yararı açısından farmakolojik ve davranışsal tedavi yöntemlerin birlikte sistematik bir biçimde yürütülmeleri hedeflenmektedir. Diğer bir örnek olarak ilaç tedavisiyle birlikte ebeveyn, çocuk ve hatta öğretmenlerinin de katıldığı davranışsal müdahalelerin uygulandığı DEHB tedavilerini verebiliriz.

Klinik psikolojinin klinik uygulamalara katılmasıyla tedavi yöntemlerinin yeniden gözden geçirilmesinin gerekli olduğu şeklinde görüşler ortaya atılmıştır. 13. Bölüm'de anlatıldığı gibi, ne klinik psikologların ne de hekimlerin birbirleriyle aynı fikirde olmaları beklenemez. Tahmin edileceği gibi, hekimlere kıyasla klinik psikologların bazı mesleki tutumlara daha çok önem verdikleri doğrudur. Tedavi kararının görgül kanıtlara ve ortak kararlara dayandırılması şarttır. Birinin klinik deneyim açısından daha hakim konumda olması ya da kişisel görüşler nedeniyle ortaya çıkan yanlış inançlardan ve sonu gelmeyen anlaşmazlıklardan kaçınarak hastanın tedavisine yönelmek gerekir (Meehl, 1960).

Klinik psikolojide başka bir önemli bir problem alanı da farmakolojik tedaviye bağlığın az olmasıdır. 17. Bölüm'de, sorunun sıklığı ve şiddeti tartışıldı ve bu sorunla nasıl başedileceği konusunda bazı stratejiler ve ipuçları üzerine duruldu.

İNTERNETİN KLİNİK UYGULAMALAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

İnternetin yaygınlaşmasıyla birlikte hastalar kendi tıbbi durumları, konulan teşhisler ve olası müdahale girişimleri gibi konularda bilgilenmeye başladılar. Bu nedenle, hastaların çoğu zaman hekimlere ve klinik psikologlara başvurmadan önce hangi hastalığa sahip oldukları ve nasıl bir tedavi programının izlenmesi gerektiği gibi konulara dair bir takım fikirler edinmiş olarak tedaviye başvurduklarını görmeye başladık. Hastalar etkili psikolojik tedavileri daha çok tanımaya ve hekimlerini ilaç tedavisi dışında psikolojik girişimler için de ikna etmeye çalışmaktadırlar. Çoğu kez aynı fikirde olmasalar da hekimlerin hastalarıyla iyi iletişim kurmaları ve gösterdikleri tavırların ve tutumların hastayla arasında olası bir çıkmaza yol açmaması gerekir. Bu kitabın yazarları yan etkilerinden ya da istenen etkinin sağlanamaması nedeniyle aldığı ilaçlardan mutsuz olan, ilacı bırakmayı düşünen ya da zaten bırakmış olan pek çok sayıda hasta ile karşılaşmışlardır. Hastalar, bazen reçeteyi yazan hekimlerini dahi bilgilendirmeden ilaçlarını bırakırlar. Klinik psikolog açısından bakıldığında hastanın ilaç yerine psikoterapiyi tercih etmeleri cezbedicidir. Ancak psikologun hastanın hekimi ile iletişime geçmesi güvenilirliği ve iş birliğini arttırır ve böylece bu üçlü arasında iletişimin düzgün olması daha uyumlu bir tedavi planının çizilmesine olanak sağlar (Vos, Corry, Haby, Carter ve Andrews, 2005).

Hastanın tedavi seçenekleri karşısında bilinçlenmesiyle birlikte kullandığı ilaçları azaltmayı şu nedenler yüzünden istediği düşünülmektedir:

- Hastalar ilaca bağlı olmayı sevmezler ve kendilerini "kronik hasta" olarak görürler.
- İlacın istenmeyen yan etkilerini fark ederler.
- Kullanılan ilaçların uzun dönemde karaciğere olumsuz etkilerinin olduğunu ya da bağımlılık geliştirdiğini düşünürler.
- Medyada ortaya çıkmış olan bazı bilimsel yayınlar nedeniyle bazı ilaçların eskisi kadar etkili olmadığına inanırlar. Örneğin, son dönemlerde depresyon tedavisinde etkili olduğu bilinen ve sık reçete edilen seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) çoğu hastada etkili olmadığı, zaman için-de etkinliğinin kaybolduğu şeklinde yayınlar ortaya çıkmıştır (Kirsch ve ark., 2008).

PSİKOLOGLARİN İLAÇ YAZMA AYRICALIĞI OLMALI MI?

Tıp uygulaması sıkı yasa ile düzenlenir: İlaçların etksini, tanıyı, ameliyatın etkisini veya doğrudan enjeksiyonun etkilerini tanımlamak nispeten kolaydır. Klinik psikologlar ilaç yazmaya yetkili değillerdir; ancak iyi eğitim düzeyine sahip olanların tanı koyma açısından bazı ayrıcalıklarının olduğu da bilinmektedir. Çoğu kişinin farkında olmadığı asıl ilginç olansa, coğrafi açıdan uzak bazı yerlerde kıdemli hem-

şirelerin bazı durumlarda reçeteli ilaç yazabilme izinlerinin olduğudur (Lavoie ve Fleet, 2002).

Psikologların reçete yazma ayrıcalığına sahip olmalarının gerekli olduğu yönünde tartışmalar hangi olayla tetiklenmiştir? Birleşmiş Devletler bünyesinde çalışan klinik psikologlara göre, psikiyatristin olmadığı birçok ülkede psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyan hastalar aile hekimleri tarafından değerlendirilmektedirler. Klinik psikologlar, bunun tekelleşmeyi önleyici yasaları ihlal eden bir durum olduğunu ve psikiyatri uzmanına ulaşamayan hastaların eksik hizmet aldıkları şeklinde iddialarda bulunmuşlardır. Bu talepleri karşılamak ve kendi uygulama alanlarını genişletmek amacıyla klinik psikologlar psikotrop ilaçların hekimler dışındaki profesyonellerce de reçete edilmesi gerektiği şeklindeki düşüncelerini ilgili makamlara ilettiler. Bu tarz bir uygulama ilk olarak ABD ordusunda bir pilot çalışma ile birlikte gerçekleştirilmiştir. 1989 yılında, ABD Senatosu tarafından bu amaçla Psikofarmoloji Tanıtım Projesinin (PTP) hayata geçirilmesi ve askeri sağlık sisteminden yararlananlara uygun psikotropik ilaçların sağlanması amacıyla Savunma Bakanlığı askeri klinik psikolog eğitiminin başlatılması için talimat vermiştir. 1991 yılında yürürlüğe konulan bu eğitim programı ile birlikte 1991 ve 1997 yılları arasında bu eğitim programını tamamlayan 10 askeri psikologa reçete yazma hakkı verilmiştir (Lavoie ve Fleet, 2002). Tahmin edeceğiniz üzere, hekim birliklerinin bu programa karşı gelmeleri bu konuda yeterli güvenin oluşmasını olumsuz etkileyerek endişeleri arttırdı. Klinik psikiyatri uzmanlarının birçoğu, psikologların reçete yazmasına yönelik bir ayrıcalığın uygunluğu konusunda çekinceli davransalar da psikologların sağladıkları sağlık hizmetini oy birliğiyle iyi ile mükemmel arasında bir puanla derecelendirdiler. Bu konuyu değerlendiren bazı uzmanlar bu programdan mezun olanların psikofarmakoloji ve davranış bilimini eşsiz bir şekilde birleştirdiklerini ve bu programa dahil olmayan birçok psikiyatri uzmanının bu kadar iyi olmadıklarını düşündüler. PDP programını bitiren psikologların uyguladığı tedavilerden dolayı hasta sonuçlarında olumsuz bir durum olmadığı bildirildi (Lavoie ve Fleet, 2002). Psikofarmoloji Tanıtım Projesi sonrasında Louisiana ve Yeni Meksika'da bazı klinik psikolog grupları da psikofarmakoloji ayrıcalığı için mücadele etmiş ve uzun süren çabalar sonucunda bu mücadelede galip gelmişlerdir. Tıp hekimleri, tıp mesleği alanında reçete yazmanın tıp hekimlerine özgü bir alan olduğunu ve psikologlara psikofarmaloji konusunda böyle bir ayrıcalığın tanınması hâlinde hastanın güvenliğinin risk altına gireceğini düşünmektedirler. Bugün, gerekli eğitimleri alarak reçete yazma ayrıcalığını kullanan klinik psikologların hastayı herhangi bir tehlikeye soktuklarına ya da hekimlerin reçete alışkanlıklarından doğan özelliklerinden farklı sonuçlar elde ettiklerine dair hiçbir kanıt elde edilmemiştir. Yeni Meksika ve Louisiana'daki psikologlar büyük çabalardan sonra ilaç yazma yetkisinin sürekliliğini korudular. Hawaii'de ilk başta umut verici olduğu düşünülen benzer bir girişimin hasta güvenliğine dair kanıtlanmamış bir iddia nedeniyle Hawaii yasama meclisinde 2007 yılında sonlandırıldığını da belirtiriz.

Uygulamadaki esas sorunlara ve psikologların reçete yazma ayrıcalığını elde etmesine karşı hekimlerin gösterdikleri tutumlara aldırış etmeyen bir gruba göre; ilaç ve psikolojik desteğin birlikte yürütüldüğü bir tedavinin aslında en iyi tedavi seçeneği olduğunu ama iki farklı klinisyenin paralel yürüttüğü iki farklı tedavi yönteminin hastalara yararlı olmadığı düşünülmektedir. Mantıklı argümanlar içeren bu yorum nedeniyle psikologların bu konu üzerinde farklı düşüncelere sahip oldukları görülmektedir. Taraflardan birisi daha çok felsefi bir tutum takınarak klinik psikolojinin aslında

hastanın değerlerini, inançlarını, duygularını, düşüncelerini, davranışlarını pekiştirdiğini ve hastaların kendilerine bakma gücünü git gide arttıran bir girişim olduğunu var saymaktadır. Birçok psikolog, ilaç tedavisinin, hastalık belirtilerini tedavi etmek yerine sadece düzenlemeye yarayan çabuk bir çözüm seçeneği olarak görmektedir. Günümüzde, birçok klinik psikolog reçete yazma ayrıcalığıyla ilgilenmemekte ve bu yolda hiç bir somut çaba harcamamaktadırlar (Lavoie ve Fleet, 2002). Bütün bunlara rağmen reçete yazma ayrıcalığı konusunda süregelen tartışmalarda hastalara en iyi hizmetin sağlanmasının ahlaki bir yükümlülük olduğunun altı çizilmektedir. Ayrıca bu tartışmaların, klinik psikolojinin çalışma alanının sınırlarını belirlemede özünde zorlayıcı, yapıcı ve ilerleyici bir yapıda olduklarını düşünüyoruz.

SONUÇ

Psikofarmakolojik ajanlar, psikiyatrik anlamda bir gerçeklik ve gerekliliktir. Aslında psikofarmasötikler için yazılan reçete oranları geçtiğimiz son on yıldır müthiş bir artış göstermiştir (Cavalucci, 2007). Bugün ilaçsız tedavinin kesinlikle mümkün olmadığı bipolar bozukluk ve psikoz gibi hastalıklarda tıbbi tedavinin yararı kuşkusuzdur. Diğer pek çok durumda psikofarmakolojik ajanların psikolojik tedavi ile yarıştığı (Ör; uyku sorunu, anksiyete, depresyon, PTDS) ve ilaç tedavisi ile psikoterapinin karşılıklı birbirini geliştirebildiklerini gösteren bazı örnekler vardır (Depresyon ve DEHB gibi).

Bu bölümü psikopatolojik koşulların tedavisi anlamında çoğu klinik psikoloğun durumu nasıl gördüklerini çok iyi anlatan şu alıntıyla bitirmek isteriz

"İlaçlar beceri kazandırmaz." (Anonim)

Göz Önünde Tutulması İstenen (Aydınlatıcı) Bazı Görüşler

Açıkçası ilaç tedavisine karşı psikolojik tedavi sorusunu gündeme getiren önemli diğer bir nokta tedavinin erişilebilirliğidir. Patent koruması olmayan bazı ilaçların uzun vadede oldukça ucuz oldukları bilinmekle birlikte antipsikotik ilaçlar gibi bazı ilaçların daha kolay tolere edilen formlarının aynı etkiyi veren ancak öte yandan daha az tolere edilebilen ilaçlara kıyasla çok daha pahâli oldukları bir gerçektir. Birçok Batı ülkesinde, ilaçların bir kısmını ya da tamamını karşılayan sağlık sigortaları olsa da, zengin batı ülkelerinde profesyonel psikolojik hizmeti veren sigorta hizmetlerinden sadece bir avuç insan yararlanabilmektedir. Bu nedenle tedavi yöntemine karar verirken genelde galip çıkan taraf psikoaktif ilaç olsa da psikiyatrik tedavinin başlamasında seçimin tanımlayıcısı olan şey aslen tek başına "finansal anlamda ulaşılabilirliğidir". Gelecekte psikologların ve hekimlerin, farmakolojik ajanların ve psikolojik terapilerin hastanın çıkarını gözeterek beraber çalışacağı klinik tedavi yollarını birlikte inşa edeceklerini umuyoruz. Örneğin; tedaviyi başlatmada ilaçlardan yararlanırken tedavinin devamında ilaç dışı tedavi seçeneklerinin de göz önünde tutulması hastanın yararına olacaktır.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Bağımlılık (Dependence)
Farmasotik İlaç Rehberi (FİR) (Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (CPS))
İstenmeyen etkiler (Adverse effects)
Potansiyalizasyon ve sinerjizma (Potentiation and synergism)
Psikoaktif ilaçlar (Psychoactive drugs)
Psikofarmakoloji (Psychopharmacology)
Ticari isimler (Trade names)
Toksisite (Toxicity)
Tolerans (Tolerance)
Yan etkiler (Side effects)
Yarı ömür (Half-life)
Yoksunluk (çekilme) (Withdrawal)

DÜŞÜNDÜREN SORULAR

1. Psikologların ilaç yazma ayrıcalıklarının olması konusunda neler düşünüyorsunuz?
2. Farmakoterapinin psikolojik tedavilerin düşmanı olduğunu ya da sürekli yarıştığı bir alan olduğunu düşünüyor musunuz?
3. Sizce klinik psikologların psikofarmakolojinin ne kadarını bilmeleri gerekir?

KAYNAKÇA

Baethge, C. (2002). Long-term treatment of schizo-affective disorder: Review and recommendations. *Pharmacopsychiatry*, 36, 45–56.

Barkley, R. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 12), 36–43.

Burgio, K. L., Goode, P. S., Locher, J. L., Umlauf, M. G., Roth, D. L., Richter, H. E., et al. (2002). Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: A randomized controlled trial. *JAMA*, 288, 2293–2299.

Cavalucci, S. (2007). What's topping the charts in prescription drugs this year? *Pharmacy Practice*, 25–32.

Compendium of pharmaceutical and specialties (29th Ed.). Ottawa, Canada: Canadian Pharmaceutical Association, 1994

DeLeon, P. H., & Wiggins, J. G. (1996). Prescription privileges for psychologists. *American Psychologist*, 51, 225–229.

Lavoie, K. L., & Fleet, R. (2002). Should psychologists be granted prescription privileges? A view of the prescription privilege debate for psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 443–449.

Goodwin, F. (2002). Rationale for long-term treatment of bipolar disorder and evidence for long-term lithium treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl 10), 5–12.

Huxley, N., Rendall, M., & Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 187–201.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45–53.

Meehl, P. E. (1960). The cognitive activity of the clinician. *American Psychologist,* 15, 19–27.

Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician,* 73, 83–66.

Sachs, G. S. (2004). Strategies for improving treatment of bipolar disorder: Integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 11*(Suppl 422), 7–17.

Schatzberg, A., & Nemeroff, C. (2004). *Textbook of psychopharmacology* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Simacola, R. S., & Peters-Strickland, T. (2006). *Basic psychopharmacology for counselors and psychotherapists.* Boston, MA: Allyn & Bacon.

Tucker, M. E. (1992). Psychologists crusade for Rx privileges not likely to abate. *Clinical Psychiatry News,* 1, 15.

Vos, T., Corry, J., Haby, M. M., Carter, R., & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 39, 683–692.

Zimmerman, M. A., & Wienckoswki, L. A. (1991). Revisiting health and mental health linkages: A policy's whose time has come . . . again. *Journal of Public Health Policy,* 12, 510–524.

KLİNİK PSİKOLOJİDE BÜGÜNKÜ EĞİLİMLER VE KLİNİK PSİKOLOJİNİN GELECEĞİ*

BÖLÜMÜN HEDEFLERİ

Bu kitabı klinik psikolojinin geleceği ile ilgili bir bölümle kapatmak, hava tahmininde bulunmak veya ekonominin nasıl bir yol alacağını kestirmek gibidir. Her iki durumda da uzmanlar öngörülerini zaman içerisinde gerçekleşen değişiklikler vasıtasıyla öğrenmiş, bu değişikliklere yön veren kalıpları görmeye çalışmış ve bu çabaları çok miktarda tahmin ve öznel fikirlerle desteklemişlerdir. Bu bölüm de bundan farklı olmayacaktır ve okuyucuya okuduklarına şüpheci bir yaklaşımla bakmalarını tavsiye ediyoruz.

Ortaya koyacağımız konular hali hazırda tartışılmakta (ve belki de uzun süredir tartışılmakta) ya da demlenmektedir. Konu başlıklarının çeşitliliği ve tartışmaların bu derece ateşli olması, klinik psikologların bu meslek alanını yenilemek adına sahip oldukları yaratıcılığı, dürtüyü ve istekliliği göstermektedir. Bu kitabın, mezunumuz Vincent'te olduğu gibi, geleceğin klinik psikologlarını eğitmeye ve onlarda yeni kıvılcımlar oluşturmaya yardım edeceği göz önünde tutulursa, bu bireyleri, mesleğe atıldıklarında yüz yüze gelecekleri problem ve sorunlar hakkında uyarmak uygun olur. Yakın gelecekteki bu değişikliklere yalnızca tepki göstermeye hazırlıklı olmalarını değil, geleceğin klinik psikologlarının gözlerini açık olmasını sağlamak, proaktif yaklaşımlar vasıtasıyla daha fazla fayda sağlayacaklarını ve eğilimlere tepki göstermek yerine eğilimleri şekillendirecekleri fikrinin altını çizmekte gerekir.

Gözlemlerimiz dört tema grubu şeklinde organize edilebilir:

1. Küresel değişikliklerin demografik ve sağlık hizmetleri sistemleri üzerindeki doğurguları;
2. Sağlık hizmetleri sistemi bünyesinde psikologların yeri ve eğitimi ile ilgili sürmekte olan sorunlar (ör. hakimiyet alanı ile ilgili sorunlar), ki buna psikologlara reçete yazma ayrıcalığının tanınıp tanınmayacağına dair son derece ateşli tartışma konusu da dahildir;
3. İnternetin, klinik psikolojinin uygulaması ile ilgili olarak oynadığı rolün büyümesi nedeniyle yaşanan zorluk ve fırsatlar;
4. Pozitif psikoloji hareketinin büyümesi.

* Çeviren: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPİ BOOTHBY

SAĞLIK HİZMETİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Geçtiğimiz yüzyıl sağlık hizmetlerinde dramatik iyileşmelere tanıklık etmiş ve değişim hızı son birkaç on yıldır hızlanmış gibi gözükmektedir. Önemli bir dizi eğilim belirli bir noktada birleşerek mevcut sağlık hizmetleri sistemi üzerinde önemli bir zorlama meydana getirmiştir. Bu, bir bakıma da iyi bir haber anlamına gelmektedir; çünkü yaşam süreleri uzamaya devam etmekte ve Batı ülkelerinde ortalama yaşam süresi 80-85 yılı bulmaktadır. Yaşam süresinin uzamasındaki bu gelişmelerin önemli bir kısmını daha önceden ölümcül olan, kızamık gibi, çocuk hastalıklarının neredeyse tamamen kökünün kurutulmasına, bulaşıcı hastalıkların, tüm yaş gruplarında etkili bir şekilde tedavi edilebilmesine ve pek çok başka yaygın hastalık özellikle de kardiyovasküler hastalıklar ve kanser için hasta bakım kalitesinin gelişmesine bağlamak mümkündür. Belirtilen bu son iki neden Birleşik Devletlerdeki ölümlerin üçte ikisinin sebebini teşkil etmektedir (http: //www.benbest.com/lifeext/causes.html). Her ne kadar kanser ve kalp hastalıklarına bağlı yıllık ölüm oranları düşüş göstermekte olsa da, sıklığı yüksek çizgisini korumakta ve maalesef bu oran kanser için artmaktadır. (http: //www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/95E7EFA1-57A4-4BA6-A3B4-4A1C661A9E1F/25076/IncidenceAllCancers1.pdf).

Tıbbi bakımdaki gelişmelerin bir sonucu da karmaşık bir lütuftur. Hastalar, yalnızca birkaç on yıl evvel belki de bir anlamda ölmeleri anlamına gelen rahatsızlıklara yakalanmış olsalar da hayatta kalmaktadır. Ne yazık ki bu, aynı zamanda büyümekte olan, kronik ve sıklıkla güçten düşüren hastalıklardan ızdırap çekmekte, nüfusun büyümekte olan bir bölümü anlamına da gelmektedir; bu hastaların yaşam kalitesi genellikle düşüktür ve semptomlarını yönetilebilmesi adına büyük ölçüde pahalı tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Emanuel ve Emanuel, 1994). Hatta aile hekimliğinin uygulama alanı ileriki yaştaki hastalardaki bu semptomların yönetilmesi çabalarıyla istila edilmiştir. Kontrol edilebilir davranışlara bağlı ölümlerin ne kadar yüksek oranlara sahip olduğu düşünülürse, klinik psikologların bu sağlık hizmetleri sistemine sunabilecekleri çok şey bulunmaktadır (bk. Tablo 19.1 ve Johnson ve Radcliffe, 2008; ayrıca 17. Bölüm'e bakınız).

13. Bölüm'de, ileri yaşlardaki hastalarda ölüm oranlarını, tıbbi ya da psikolojik müdahalelerin bir sonucu olarak düşürmeye çalışmanın dar odaklılığının ne kadar akıllıca ve arzu edilebilir olduğunu sorgulamıştık. Hastaların kendileri, hayatlarını ne pahasına olursa olsun uzatmak yerine yaşam kalitesi ve itibarlarının daha önemli olduğunu belirtmiştir. Örneğin, ciddi anlamda rahatsız, yaşlı ve kendi kararlarını vermeye yetecek

TABLO 19.1 Davranışsal Sebeplere Bağlı Ölümlerin Sıklığı (ABD Verileri, 2008)

ÖLÜM NEDENİ	YIL BAZINDA
Tütün	400,000
Diyet/fiziksel hareketsizlik	300,000
Alkol tüketimi	100,000
Mikrobik etmenler	90,000
Toksik etmenler	60,000
Ateşli silahlar	35,000
Güvenli olmayan cinsel davranışlar	30,000
Trafik kazaları	25,000
Uyuşturucu kullanımı	20,000

düzeyde aklı başında olan hastaların %90ının, hastalığı tedavi etmeyen ve acılarını dindirmeyen, ancak ömrüne birkaç ay daha ekleyen dramatik (ve yüksek olasılıkla pahalı) tıbbi tedavileri reddedeceği görülmüştür (Malloy, Urbanyi, Horsman, Guyatt ve Bédard, 1992). Bunun farkına varılmış olması, araştırmanın, **hastanın yaşarken vasiyetini yazması** ve **ileri düzeyde talimatlarıyla** ilgili araştırma alanının hızla gelişmesine neden olmuş böylece ileri yaştaki hastalara, dejeneratif hastalığının palyatif aşamalarıyla ilgili kişisel fikirlerini ifada etmeleri için artan oranlarda, olanak tanınmaya, hatta hastalar bu konuda cesaretlendirilmeye başlanmıştır. Bu süreci tetikleyen ve tanımlayanlar sıklıkla hastaların kendileri olmaktadır. Bir kişinin yaşam süresi boyunca sağlığı için harcanan dolarların yarısından fazlasının hastanın hayatının son senesinde harcandığı tahmin edilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki harcamaların artıyor olması çoğunlukla yaşlı hastaları desteklemek adınadır ve ileri düzeyde talimatların rutin anlamda kullanılıyor olması ise sağlık hizmetleri sisteminin tamamına, %10'luk gibi bir tasarruf sağlamaktadır (Rachlis ve Kushner,1994). İleri teknoloji kullanılarak yapılan tıbbi bakımın masrafları ve ileriki yaşlardaki hastaların konuya olan ilgisizlikleri de dikkate alındığında, gelecekte palyatif bakımda, kişiselleştirilmiş duygusal destekle hastanın kendi evinde, itibarını zedelemeden destek verilmesine daha fazla dikkat edileceğini öngörüyoruz. Desteklenmiş evde bakım gerçek anlamda iki taraf için de kazanç sağlayan bir senaryoyu göstermektedir; çünkü sağlık hizmetleri sisteminin üzerindeki finansal yükü azaltırken eş zamanlı olarak da hastalara tam olarak istediğini vermektedir. Yani daha fazla teknoloji yerine daha fazla itibar.

Batı ülkelerindeki, sağlık hizmetlerindeki teknik ilerlemelerin, daha gelişmiş hasta bakımına olanak sağladığı bir gerçektir; ancak bu ülkelerin, bu derece pahalı hizmetleri karşılayıp karşılamama konusunda da aynı başarı düzeyini yakaladıkları söylenemez. Ortalama seviyedeki halk için ne yapılabileceği ve neyin ulaşılabilir olduğu arasında genişlemekte olan bir fark vardır. Bununla beraber, bu sağlık hizmeti eğilimleri, sağlık hizmeti harcamalarının artan bir oranda, gittikçe büyüyen, yaşlanmakta olan nüfus için harcanması gerektiğinin farkına varılmasına neden olmuştur. 2008 yılında, Kanada'da 65 yaş üzeri nüfusun 1956 yılının iki katı olduğu gözlemlenmiştir (http: //www12.statcan.ca/english/census06/analysis/agesex/NatlPortrait1.cfmref). Gerontoloji geleceğin bilimi ve uzmanlık alanıdır.

Kısmen yaşlanmakta olan nüfus tarafından yön verilen tüm Batı ülkeleri, gerekli olan sağlık hizmetleri harcamalarındaki korkutucu artışın, ekonomik anlamda bir tehdit unsuru olacak boyutlarda olduğunu görmüştür. Sağlık hizmetlerinde büyük harcamalar yapan ülkelerin başını, gayrı safi millî hasılanın %15'inden fazlasıyla Amerika Birleşik Devletleri çekmektedir (http: //www.southsearepublic.org/story/2005/8/29/05538/332315). Amerikan vatandaşlarının %18'inin hiçbir sağlık sigortası bulunmamaktadır. Bunun nedeni primleri ödeyememeleridir. (http: //www.nchc.org/facts/coverageshtml). Benzer yaşam tarzlarının olduğu ve refah düzeyinin yüksek olduğu başkaca ülkeler ise sağlık hizmetleri harcamalarını gayrı safi millî hasılanın %10'u seviyelerinde tutmayı başarabilmiştir (http: //www.southsearepublic.org/story/2005/8/29/05538/3323).

Ancak bu ülkelerde bile sağlık hizmetleri harcamaları, ekonomik dar boğaz yaratma tehlikesi taşımakta ve ciddi bir şekilde irdelenmektedir. Batı ülkeleri, sağlık hizmetlerindeki düzeyi arttırırken maliyetleri aynı tutmanın hatta tercihen azaltmanın yollarını aramaktadır. Sağlık hizmetleri harcamalarının bu kadar büyük bir kısmının davranışsal faktörlere bağlı olduğu düşünülürse psikologların, sağlık hizmetlerinin geleceğinde hayati roller oynamaları kaçınılmazdır ve psikologların becerileri geniş anlamda uygulanırsa sağlık hizmetlerinin ekonomisi üzerinde etkili olabilir. Bu düşünceyle tutarlı bir şekilde, klinik psikologların mevcut eğitim modellerinin onları geleceğe tam manasıyla hazırlayıp hazırlamadığını dikkate almaları gerekmektedir (Linden, Moseley ve Erskine, 2005).

bu meslek dalını geleceğe hazırlamak için eğitim modellerinin değerlendirilmesi ve revize edilmesi için çağrıda bulunmuştur. Klinik psikologlara, öğrendiklerini özellikle alışık oldukları ofislerinin dışında uygulamaları ve yalnızca birebir tarzda hizmet sunmamaları tavsiye edilmektedir. Bu bölümün ilerleyen kısımlarında yer alan "Klinik Psikoloji, Bilgisayarlar ve İnternet" başlığı klinik psikologların, yenilikçi ve uygun maliyetli hizmetler sunmak için ofislerinin dışına nasıl ve nerede çıkabileceklerine dair sayısız örnek sunmaktadır. Klinik psikologların uzun ve kapsamlı eğitimleri dikkate alındığında, önlemekten tedavi ve rehabilitasyona, sağlık sisteminin pek çok alanında, ruhsal sağlığı ve fiziksel uygulamaları kapsayacak bir şekilde, danışman olarak çalışmaya hazırlıklı oldukları görülecektir (bk. Tablo 19.1 ve Bölüm 17).

KLİNİK EĞİTİM

Yarım yüzyılı geçkin bir süredir klinik psikolojinin baskın eğitim modeli, ilk olarak Boulder (Raimy, 1950) şehrinde bir konferansta tanımlanan ve o zamandan bu yana **Boulder modeli** olarak bilinen, bilim insanı (araştırmacı) – uygulamacı modeli olmuştur. Adının da ifade ettiği üzere, klinik psikologların birbirine benzer bir şekilde entegre olması gereken iki şapka taşıdığı ya da iki beklentiye sahip oldukları düşünülür. Boulder konferansının katılımcıları tarafından, bilim üzerine yapılan vurgu, klinik psikolojinin çok yeni bir alan olması ve kaynak oluşturacak yeterli düzeyde araştırma olmaması nedeniyle yapılmıştır. Uygulamacıları mevcut görgül kanıtları anlayıp uygulayabilmeleri için, bilim çerçevesinde yetiştirmek, aynı zamanda bilimsel temeli genişletmek adına tüm öğrenim deneyimlerini kullanabilmeleri açısından gerekli sayılmıştır. Hem bilim insanı hem de uygulamacı rolünün birbirlerini beslemeleri gerekmektedir ve bu düşüncede bir temel hata bulmak zordur. Ancak öğrencileri bu iki beceri grubunda eğitmek pahalıdır ve bu nedenle Boulder modeli mesleki açıdan ideal bir fikir olarak görülmektedir. Boulder konferansından bu yana klinik psikologlar için mevcut olan bilgi veri tabanı hızlı bir şekilde değişmiştir. Örneğin, 11 ila 14. bölümler arasında sunulan ve tartışılan görgül olarak kanıtlanmış uzun terapi listeleri ortaya çıkmıştır. Klinik psikolojinin uygulama alanlarını destekleyen bilimsel bilgilerin çoğalmasının yanı sıra en iyi eğitim modellerine dair tartışmalar kendini göstermiştir.

Bu değişimler, çoğunluğu maliyet karşılama temelinde işlev gören ve mezunlarına Psikoloji Doktoru derecesi sağlayan, uygulamacı merkezli eğitim programlarının yaratılmasını tetiklemiştir. Şimdi, yaklaşık 60 yıl sonra, tüm uygulamacıların hâlâ potansiyel bilimsel kanıt üreticileri olarak eğitilmelerinin ne kadar gerekli olduğu sorusunu gündeme getirmenin zamanı gelmiş olabilir. Eğer tıp okulu eğitim modelini takip ediyor olsaydık, tipik uygulamacı, hâli hazırda daha fazla bilimsel bilgi üretmek üzere kapsamlı bir şekilde eğitilmiyor olurdu. Karşıt bir duruş da, profesyonel kimliğimize dair bilim insanı – uygulamacı pratisyen oryantasyonu o kadar hayati olmaktadır ki, büyük değişikliklerin kafa karıştırıcı hatta tahrip edici olabileceğini savunmaktadır. Bu ders kitabının yazarları, bu tartışmayı teşvik etmekte ancak, artı ve eksilerin dengede olması nedeniyle iki tarafı da eşit şekilde değerlendirmektedir.

Eğitim modellerinde büyük değişikliklere neden olan bir başka eğilim de eğitimlerin ekonomisi ve arz talep durumu olmuştur. Boulder modelini takip eden akademik programlar az sayıda, genellikle de yılda 10 öğrenciden az kişiye eğitim vermektedir. Bu nedenle de işletim maliyetleri pahalıdır. Sayıların bu kadar az olması göz önünde

tutulduğu zaman, akademik programların pazarın ihtiyacı olan uygulamacı sayısını karşılaması mümkün değildir. Dahası, psikolojinin akademik bölümlerinin klinik psikoloji programları, rutin bir şekilde bu alanda mevcut olan diğer programlardan daha fazla başvuru almaktadır. Bunun sonucunda, çok sayıda öğrencinin başvurusu reddedilmekte ve bu öğrencilerin klinik psikoloji eğitimi almak yönündeki istekleri engellenmiş olmaktadır. Bu, aynı zamanda bağımsız, Psikoloji Doktora programlarının gelişmesini sağlamış ve klinik olmayan herhangi bir psikoloji branşından mezun olmayan ancak bir nebze eğitim deneyimi olanların kendilerini uygulamacı olarak tanıtmalarına neden olmuştur (Linden ve ark., 2005). Geleceğin hasta nüfusuna haksızlık yapmamak ve hasta güvenliğini temin etmek adına, psikolojideki lisans verme ve diğer düzenleyici merciler, başvuranların uygulama lisansı almadan önce sahip olmaları gereken ana yetkinlikleri tanımlamayı tercih etmiştir. Sonuçta, lisans ve eğitim vermenin düzenlenmesine, iş piyasasındaki arz ve talep yön vermeli ve hükümetler, klinik psikoloji eğitimi veren üniversiteler ve kendi uygulamalarını düzenleyen psikoloji kurumlarının diyalog ve iş birliğini içermelidir. Ne yazık ki pek çok hükümet insan kaynakları alanında öngörülerde bulunmamaktadır ve buna bağlı olarak böyle bir bilgiye sahip olmadıkları için de bunu eğitim programlarına ayrılan fonlara entegre etmekte yetersiz kalmaktadırlar.

Eğitim ve lisans verme üzerine son derece yenilikçi bir yaklaşım yakın zamanda Quebec, Kanada'da meydana gelmiştir. Lisans verme organı L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), minimum standartta doktora düzeyinde eğitim için üniversiteler ve hükümetle güçlerini birleştirmiştir (http: //www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/devenir.html). Bu lisans verme kuruluşu artık bireyleri eğitmemekte veya yalnızca yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olan psikologlara lisans vermemektedir. Bu diyaloglar, psikolog ihtiyacının üniversiteler tarafından karşılanamayacak kadar büyük olacağını öngören, gelecekteki psikolog ihtiyacı ile ilgili hükümet tarafından yapılan değerlendirmelerden ciddi boyutlarda etkilenmiştir.

Klinik psikolojideki bir başka ana eğilim ise, zaten 1. ve 2. bölümlerde anlatılan, klinik psikoloji uygulamalarının bir yerde çalışan sıfatıyla yürütülmesinden, özel muayenehanelere ciddi anlamda kaymasıdır (Cantor ve Fuentes, 2008). Bu nedenle klinik psikoloji mezunlarının özel klinik kurmak ve mesleklerini bir ticarethane olarak yönetmek konusunda eğitim almış olması gerekmektedir. Bu, psikologları eğiten üniversitelerdeki fakülteler için zorluklar yaratmaktadır çünkü fakülte çalışanları sıklıkla ticarethane yönetimi hakkında yeterince bilgiye sahip değillerdir.

Benzer bir şekilde tipik bir birinci yıl stajyerliğinin bağımsız muayenehane için hazırlık anlamında önemli olduğu hakkında yaygın bir kanı vardır. Her ne kadar klinik psikologların sonuç olarak faaliyetlerini sürdürecekleri ortamları temsil etmese de neredeyse tüm stajyerlikler hastane tarzı ortamlarda gerçekleşmektedir. Öğrencileri, bağımsız iş yöneticisi gibi kariyerlere hazırlayabilmek adına en iyi eğitim modelleri, hastaneler haricinde faaliyet gösteren klinik psikoloji uygulamaları ile entegre stajyer eğitimi programı modelleridir. Hâlen bu tarz programlar nadirdir ve bu tarz programları gerçekleştirmeye çalışanlar da zorluklarla karşılaşacaklardır.

Pek çok özel muayenehanede hastalar aldıkları hizmetlerin karşılığını kendileri ödemektedirler ve öğrenci veya stajyerlerden kendilerine bakmasını istemeyebilirler. Ayrıca özel muayenehanelerin yönetilme şekilleri arasında da ciddi farklar mevcuttur. Bazıları çok dar odaklıdır ve stajyer programlarına uygun olabilmek için bu muayenehanelerin odaklarının daha geniş bir hâle getirmeleri ve üzerinde anlaşmaya varılmış, uygun maliyet model temelli çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bunun lojistik anlamda mümkün olup olmadığı veya tercih edilip edilmediği henüz bilinmemektedir.

REÇETE YAZMA AYRICALIKLARI

Tıp uygulamaları kanun vasıtası ile korunmaktadır ve bunları bireylere yazılan ilaçlar ve yapılan herhangi bir cerrahi müdahale ya da iğne/aşı olarak tanımlamak kolaydır. Neredeyse tüm yetki alanlarında, klinik psikologların reçete yazma yetkisi bulunmamaktadır. Ancak enteresan ve pek çok kişinin nedenini bilmediği bir şekilde kıdemli uygulamacı hemşirelerin bazı koşullarda böyle bir yetkisi bulunmaktadır (http: //www. ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/devenir.html). Klinik psikologlar, otoriteleri, doktorlar haricindeki profesyonellere de psikotropik ilaç reçetesi yazma ayrıcalığının tanınması konusunda düşünmeleri için zorlamıştır. Bu sürecin detay ve tarihçesi, profesyonel tanımımızın altında yatan sorunlar da dahil olmak üzere 18. Bölüm'de verilmiştir.

KLİNİK PSİKOLOJİ, BİLGİSAYARLAR VE İNTERNET

Bilgisayar ve internetin gelişimi dünyada köklü değişikliklere neden olmuştur. Bu her ne kadar çok güçlü bir ifade olsa da, bu iddia ile ilgili olarak herhangi bir anlaşmazlık olmadığını varsayıyoruz. Yeni teknolojinin klinik psikolojiye de yansıması kaçınılmazdır. Ancak bu yapıcı bir gelişme midir?

Lisansüstü öğrencimiz Vincent ve üç uygulamacı psikolog artık araştırma yapmak için kütüphaneye gidip kitap yığınları arasında saatlerini harcamamaktadır. Ofislerinde bilgisayarının karşısında otururken internete özellikle de yerel elektronik kütüphane sistemine bağlanarak sıra dışı bir bilgi birikimi kelimenin tam manasıyla parmaklarının ucundadır. Bu kitabın her iki yazarı da kariyerlerine, makaleler aramak, pahalı fotokopiler çektirmek adına kütüphanede sonsuz saatler geçirerek ve kağıda işlenmemiş mürekkebin kirlettiği elleriyle evlerine dönerek başlamıştır. Artık, ilgili 2000 adet referans bulmak adına, geniş çaplı araştırmalar yapmak için ofislerimizden çıkmamız ve 5 dakikadan fazla zaman harcamamız gerekmiyor. Bu araştırma stratejisi kapsamlı olması ve çok kısa sürmesi bakımından çok iyidir ve yığınla sonuç vermektedir. Ancak gerçekten ihtiyacımız olan 50 adet makalenin tespit edilmesi yine zaman ve analitik beceri gerektirmektedir.

Bu kısımda bu elektronik devrimin avantaj ve dezavantajlarına değinilecektir. Tartışmasız olarak en büyük avantaj internetin veri araştırmalarında sağladığı inanılmaz zaman tasarrufudur. Hem danışanların hem de psikologların, internet temelli bilgiye benzer bir şekilde ulaşma şansları vardır ve hastalar psikologların ofislerine kendileri ile ilgili neyin ters olduğuna dair bir fikirle geleceklerdir.

7. Bölüm'de sunulan, Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (Minnesota Çok Aşamalı Kişilik Envanteri 2-MMPI-2) ya da Personality Assessment Inventory (Kişilik Değerlendirme Envanteri-PAI) gibi karmaşık kişilik testleri artık bilgisayar başında yapılabilmektedir. Hatta öyle bilgisayar programları vardır ki bulgulara dair öyküsel bir yorumlama sunmaktadır. Hastalar, yalnızca internet üzerinde bir araya gelen destek gruplarına giriş yapabilir ve bilgisayarlarına kendine yardım programlarını indirebilirler.

Sanal destek gruplarının kullanım eğilimlerine dair raporların değerlendirilmesi, güçten düşüren (fiziksel hareketlilik zorluklarına neden olan kronik yorgunluk ya da multipl sekleroz) ve/veya damgalanmaya neden olan hastalıklara (HIV/AIDS) sahip kişilerin daha yüksek oranda bu yönde tercihlerini kullandığını açığa çıkarmıştır (Davison,



"Ben kendime internette teşhis koydum bile. Yalnızca ikinci bir fikir almaya geldim."

Pennebaker ve Dickerson, 2000). Elbette merkezden uzak kesimlerde yaşayanların da internet olmazsa ulaşamayacakları bilgilere internet üzerinden ulaşmaları mümkün olmuştur (Stambor, 2006). Doğrudan, birebir olmayan ve doğası gereği fiziksel bir mesafeden yapılabilen tedavilerinde bir maliyeti vardır. Rees ve Stone (2005) örneğin, video konferans formatlarından elde edilen terapist empati oranlarının, ofiste yapılan birebir terapi sırasında elde edilen oranlardan neredeyse tam standart sapma düşük olduğunu göstermiştir.

Değişiklik gösteren koşullardaki bireylere fayda sağlayabilecek, standart kişisel yardım programlarının yapılmasında yaşanan zorluklar kişiye özel programlama (program tailoring) ile giderilebilir. Karar ağaçlarının kullanılmasıyla, bilgisayar programları, bir bireyin ne kadar hazır olduğunu ve değişim aşamasını tespit ettiği gibi belirli bir kişide, müdahale gerektiren belirli hedefler üzerine odaklanabilir. Kişiye özel tedavi, müdahalenin yeterliliğini ve tatmin oranını arttırdığı gibi, tedavi programının tamamlanma oranlarını da yükseltmektedir (Ryan ve Lauver, 2002; Kaufmann, 2007).

Tablo19.2 bilgisayar ve internet uygulamalarının avantaj ve dezavantajlarını ve bunların klinik psikoloji içerisindeki kullanımını özetlemektedir.

Geriye kalan önemli bir soru da elbette ki internet temelli müdahalelerin işe yarayıp yaramadığıdır. Bu sorunun değerlendirmesinde, kişinin kendi kendine yardımcı olmak amacıyla yaptıklarıyla, profesyonel olarak yön verilen müdahaleleri birbirinden ayırmamamız ve internet temelli müdahalelerin geniş çaplı tedavi hedeflerine aynı oranda yararlı olamayacağı gerçeğini göz önünde bulundurmamız gerekir (Danaher ve Seeley, 2009). Bilgisayar aracılığıyla sunulan, sağlıksız davranışları değiştirmeyi amaçlayan müdahalelere yönelik bir meta-analiz vasıtası ile bu gibi önemli soruların bir kısmına cevap verilebilir. Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson ve Carey (2008) bilgisayar aracılığıyla sunulan geniş çaplı hedefleri içeren (ör. Obezite, beslenme, egzersiz, tütün kullanımı, güvenli seks, sağlığı muhafaza etmek ve yeme bozuklukları) müdahalelere yönelik 75 araştırmanın sonuçlarını incelemiştir.

Değişimlerin önce ve sonrası için gözlemlenen etkinin boyutunun orantısal olarak küçük ve d = .05 ila d = .36 arasında değişkenlik gösterdiği gözlemlenmiştir. Enteresan bir şekilde bilgi ve tutum üzerindeki etkilerin ise, gerçekleşen davranış değişikliği kadar güçlü olduğu görülmüştür. En güçlü faydalar güvenli seks, tütün kullanımı ve bilgi edinme konularında gerçekleşirken, fiziksel faaliyet ve kilo verme özellikle etkili

TABLO 19.2 İnternet Kullanımının Avantaj ve Dezavantajları

ALAN	AVANTAJLAR	DEZAVANTAJLAR
Hastalık etiyoloji, tanı ve tedavileri üzerine bilimsel objektif literatürü araştırmak için	Çok ciddi boyutlarda zaman tasarrufu ve mevcut bilgilerde daha fazla şeffaflık	Kullanıcının olası, taraflı, reklama yönelik siteleri daha objektif reklam amacı taşımayan sitelerden ayıracak kadar sofistike olması gerekir.
Tanılar	Zaman ve maliyet tasarrufu	Gereğinden fazla standardizasyon tembellik ve bağlam bilgisinin kaybına neden olabilir.
Tedavi	Kişilerin, finansal ya da coğrafi nedenlerle ulaşamayacakları, kendilerine yardımcı olabilecek bilgilere erişim kazanmaları.	Bireysel vaka formüle edilmesi için internetten elde edilen bilgiler yeterli değildir. Gizliliğin muhafaza edilmesi zordur ve sofistike kullanıcılarla şifreleme teknolojileri gerektirebilmektedir.

olmadığı görülmüştür. Ayrıca dozaj-tepki arasında da bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Programlar ne derece kişiye özel ve gelişmiş olursa etkileri de o kadar büyük olmaktadır. Gözlemlenen bu etki boyutları bazılarını hayal kırıklığına uğratmış olabilir. Ancak biz, son derece ucuz bir yöntemle elde edilmiş tekrarlanabilir davranış değişikliğinin, d = .20 ya da.30 arasında, tekrar edilebilir, küçük çaplı bir etki olmasına rağmen, ülke nüfusu çapında davranış değişikliklerine neden olabilecek, düşük maliyetli ve gerekli bir unsur olduğunu düşünüyoruz.

◇ KLİNİK PSİKOLOJİDE ARAŞTIRMA

Bu alanda araştırma yapmak için her ne kadar sonsuz sayıda yön olsa da Illardi ve Roberts (2006) yakın zamanda özellikle ilgili olduğunu düşündükleri bazı yönleri tanımlamıştır. Biz de onların görüşüne katılıyoruz. Onların önerileri:

1. **Alışılmışın dışındaki müdahalelerin gelişiminin formüle edilmesi ve yayılımı üzerine yapılan araştırmalar ve bu klinik çabaların güvenirliği ve geçerliğinin gösterilmesi ve değerlendirme stratejileri: Her zaman literatürde önerilen ya da geliştirilen yeni ya da yenilenen tedaviler ve tedavi unsurları vardır. Örneğin, 11. ve 14. bölümler arasında tanımlanan çeşitli, nispeten daha yeni tedavi yaklaşımlarının etkili olduğu gösterilmelidir. Dahası, yıllardır kullanılan daha geleneksel tedavilerin de daha uygun bir şekilde değerlendirilmeleri gerekmektedir. Gelecekteki araştırma çalışmaları bunların yeterlilik, verimlilik, fayda ve değerlendirme prosedürleri üzerine odaklanmalıdır.**
2. **Tedavi yaklaşımlarındaki özgül olan ve olmayan faal içeriklerin ortaya konulması: Değişimi neyin kolaylaştırdığına dair sorular hali hazırda yanıtlanmamıştır.**

Psikoterapötik deneyimlerde kişilere faydalı olanın ne olduğunun anlaşılmasının ve gösterilebiliyor olmasının önemi büyüktür. Örneğin on yıllarca süren psikoterapi araştırmalarından sonra, hâlâ özgül olmayan etkenlerin, özgül olan etkenlere oranla neden daha iyi tedavi sonuçlarına sebeb olduğu bilinmemektedir.

3. Farmakolojik ve psikolojik müdahalelerin avantaj ve dezavantajları: Çeşitli psikolojik zorluklarda semptomları azaltmak için, çabuk tedavi olarak görülen ve halk tarafından da hoş karşılanan, ilaç tedavileri kullanmak gibi bir kolaylık vardır. Ancak bu durumlarda tedavide ilaç ve psikoterapi yaklaşımları arasındaki farkların ortaya çıkartılması ve anlaşılması önem teşkil etmektedir. Bu bilgi, ilaç yazan psikologların sayısının gittikçe artmasından dolayı özellikle önemlidir. Psikoterapi yerine ilaç kullanımına ya da psikoterapi yaklaşımı ile ilaç tedavisini bir arada kullanmaya karar verebilmek için iyi bir görgül temele sahip olmak kaçınılmazdır.

4. Psikolojik bozuklukların anlaşılabilmesi için nörobilim yöntem ve teorilerinin entegre edilmesi: Bu son maddeyle tüm insan davranışlarının merkezi sinir sisteminde temsil edildiğini ve teknoloji ilerledikçe yeni teknoloji formlarının klinik psikolojide yer alan psikolojik süreçleri anlamak için daha fazla kullanılabileceğini öneriyoruz. Bunun belirgin olduğu bir alan nörolojik görüntülemedir (beyin görüntüleme) ve belirli psikopatoloji sahibi olan ve olmayan bireylerin beyinleri arasındaki farklara dair geniş bir literatür bulunmaktadır. Geleneksel olarak "zihne" atfedilen ve sıklıkla görüntüleme teknikleriyle ulaşılamayacağı düşünülen pek çok psikolojik süreci anlamak adına inanılmaz olanaklar mevcutmuş gibi görünmektedir. Örneğin Howard Shevron (2006), klinik sorunlarla ilgili bilinçsiz süreçleri anlamaya yardım etmek için nörobilimden birtakım prosedürler tanımlamıştır. Elbette ki oluşan teknolojik gelişmeler ve gelecekte olması beklenen gelişmeler de araştırma konusu olabilecek psikolojik yapıları etkileyecektir.

Son olarak sizlere, klinik psikoloji ve genel anlamda psikoloji üzerinde gelecekteki araştırmalar için hayati olacağını düşündüğümüz sorunla veda ediyoruz. Bu sorun psikolojinin kullandığı araştırma yöntemi ve psikolojik süreçleri anlamak için psikolojinin araştırmaya yönelik yaklaşımı ile ilgilidir. Elbette ki klinik psikoloji ile ilgili psikolojik süreçler de buna dahildir. Machado ve Silva (2007) ilk olarak Galileo (evet, bildiğimiz Galileo) tarafından tanımlanan ve bilimsel yöntemi oluşturup, araştırma ve faaliyetlere rehberlik eden, üç kapsamlı prensibi tanımlamıştır. Bunlar:

1. **Gözlem/deney yapma:** Özünde teorilerin üretilmesi ve hipotezlerin test edilmesi için kullanılan yöntem gibi faaliyetleri yansıtır.

2. **Nicelleştirme/matematikleştirme**: İlişkileri belirlemek adına veri toplamak ve test etmek için kullanılan istatistiki prosedürleri ve matematiği yansıtır.

3. **Teorik/kavramsal analiz:** Araştırmalardan kaynaklanan ya da araştırmaların odağı olan kavram, yapı ve fikirlerin net olarak açıklanması ve detaylı bir şekilde tanımlanmasını yansıtır.

Bu unsurların üçü de psikolojik yapılar içerisindeki ilişkileri gerçekten anlamak adına çok önemlidir. Ancak Machado ve Silva (2007) yalnızca ilk ikisinin psikolojik araştırmalarda ve psikolojik eğitimlerde kullanıldığını iddia etmektedir. Örneğin, her ne kadar yöntemsel ya da istatistiki konulara vurgu yapılmış ya da eğitimi verilmiş olsa da kavramsal analize dair konular dikkate alınmamıştır (Machado, Lourenco ve Silva, 2000e ayrıca bakınız). Bir psikoloji öğrencisi olarak siz, yöntem ve istatistik hakkında almış olduğunuz dersler, hatta bu kitap sebebiyle, her ne kadar ciddi bir bilgi sahibi de olsanız muhtemelen kavramsal analizin önemi ya da nasıl gerçekleştirileceği ile ilgili eğitim almamışsınızdır. Bu, bu alandaki kavramların netlik ve özgüllüğünün eksik olduğu anlamına gelmektedir ve bu inanılmaz bir karmaşa yaratmaktadır. Buna verilecek en iyi örneklerden biri "stres" teriminin kullanılmasıdır. Literatürde bu terime, olaylara verilen özgül olmayan tepkiler, olayların kendileri ya da olaylara verilen olumsuz tepkiler anlamına gelmektedir. Bu kitabın her iki yazarı da, mükemmeliyetçilik (Hewitt ve arkadaşları, 2003; Hewitt, Habke, Lee-Baggley, Sherry ve Flett, 2008) ve stres yönetimi (Ong, Linden ve Young, 2004) üzerine kendi araştırma alanlarında, kavramsal analiz odağının eksikliği nedeniyle problemler yaşamıştır. Teorik kavramların net açıklamalarının, psikolojide hem eğitim hem de araştırma alanlarına dahil edilmesine dair vurgulamaların yapılacağı umut edilmektedir.

POZİTİF PSİKOLOJİ VE MANEVİYAT

Klinik psikologlar, zaman zaman tıp ile çok yakın müttefik olmakla ve **"açık modelini"** (deficit model) benimsemekle suçlanmıştır. Bu değer, hastalığın ortadan kaldırılması ve hastanın nötr duruma dönmesi sonrasında tedavinin durdurulmasına neden olmaktadır. Bu taraflı bakış açısını karşı çıkmak için, birkaç psikolog, özellikle de sosyal psikoloji ve kişilik üzerine uzmanlığı olanlar, **pozitif psikoloji** hareketine öncülük etmektedir. Klinik psikolojinin yaşamakta olduğu zorluk, kendi tanımını genişletmek ve yalnızca duygusal sıkıntı ve mutsuzluğun yatıştırılmasıymış gibi algılanmaktan uzaklaşmasıdır (Duckworth, Steen ve Seligman, 2004). Stres yönetimi alanındaki tedavi modelleri, daha dengeli yaklaşımı ilk benimseyenler olmuştur ve mizah kullanımının, sosyal destek ağlarının sistemli bir şekilde oluşturulmasının, affetmek ve minnettarlığın stres yönetim paketlerinin genişletilmesi için iyi unsurlar olduğunu önermişlerdir (Linden, 2005). Bütün bu tedavi unsurlarının bir karşı denge oluşturması hedeflenmektedir. Çünkü pek çok stres kaynağı çözümsüz olabilmekte ancak keyif almak hastanın kendi kontrolündedir ve stresörün belirginliğini zayıflatmaktadır. Bu yaklaşım, özellikle kronik ağrı hastalarında ağrıyı kontrol altına almak için önerilmiştir (bk. Bölüm 17).

Teorik düzeyde mutluluğun üç ana unsurdan kaynaklandığı düşünülmektedir: Zevk, uğraş ve anlam (Duckworth ve ark., 2004) ve şu anda mutluluk ve anlamı arttırmak adına yapılabilecek müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirmesi adına güçlü bir araştırma faaliyeti bulunmaktadır. Hali hazırda bu alan, pozitif psikoloji müdahalelerinin etkisinin derecesi hakkında karar vermek için fazlasıyla yenidir. Ancak bu alanda patlama şeklinde bir büyüme olacağını varsayıyoruz. Dikkat gerektiren bir unsur sigorta şirketlerinin insanların mutluluğu için para ödemeyi kabul etmeme ihtimalidir. Onlar için hastalık belirtilerini hafifletmek bile yeterince pahalı olabilir.

SONUÇ

Bu bölüm, bir dizi gerçek ve fikirlerinin karışımını içermektedir ve yazarların alandaki eğilimler hakkındaki fikirleri döne döne tekrar-ezber yöntemine (Papağan tekniğine) ve test yöntemiyle ölçülmesi pek de uygun olmayabilir. Diğer yandan da, profesyonel kongrelerde, dergilerde ve iş sonrası toplantılarda yemek yerken veya içerken hararetle tartışılan, klinik psikoloji alanında baskın ve çok önemli soruları doğru bir şekilde yansıtmaktadır. Bu bölümde tartışılan konularla ilgili olarak, ilerleyen yıllarda bize yazmanızı, hedefi tam on ikiden vurduğumuzu ya da bütünüyle yanıldığımızı söylemenizi istiyoruz. Her iki koşulda da mutlaka durumdan haberdar olmak istiyoruz.

ÖĞRENİLMİŞ ÖNEMLİ TERİMLER

Boulder modeli (Boulder model)
Gözlem/deney yapma (Observation/experimentation)
İleri düzey talimatlar (Advanced directives)
Nicelleştirme/matematikleştirme (Quantification/mathematization)
Pozitif psikoloji (Positive psychology)
Teorik/kavramsal analiz (Theoretical/conceptual analysis)
Yaşarken yazılan vasiyetnameler (Living wills)

KAYNAKÇA

Cantor, D. W., & Fuentes, M. A. (2008). Psychology's response to managed care. *Professional Psychology: Research & Practice. 39*, 638–645.

Danaher, B. G., & Seeley, J. R. (2009). Methodological issues in research on web-based behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 38*, 28–39.

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*, 205–217.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2004). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Psychology, 1*, 629–651.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1994). The economics of dying: The illusions of cost savings at the end of life. *New England Journal of Medicine, 330*, 540–544.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., et al. (2003). The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 1303–1325.

Hewitt, P. L., Habke, A. M., Lee-Baggley, D. L., Sherry, S. B., & Flett, G. L. (2008). The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 71*, 93–122.

Illardi, S. S., & Roberts, M. C. (2006). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Blackwell Publishing.

Johnson, N. G., & Radcliffe, A. M. (2008). The increasing role of psychology health research and interventions and a vision for the future. *Professional Psychology: Research & Practice, 39*, 652–657.

Kaufmann, P. G. (2007). Debate: What type of evidence will advance behavioral medicine? From basic science to population health. *Proceedings of the 2007 Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, Washington, DC 21–24 March 2007.*

Linden, W. (2005). *Stress management: From basic research to better practice.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Linden, W., Moseley, J. V., & Erskine, Y. (2005). Psychology as a health care profession: Implications for training. *Canadian Psychology, 46*, 179–188.

Machado, A., Lourenco, O., & Silva, F. J. (2000). Facts, concepts, and theories: The shape of psychology's epistemic triangle. *Behavior and Philosophy, 28*, 1–40.

Machado, A., & Silva, F. J. (2007). Toward a richer view of the scientific method: Role of conceptual analysis. *American Psychologist, 62*, 671–681.

Malloy, D. W., Urbanyi, M., Horsman, J. R., Guyatt, G. H., & Bédard, M. (1992). Two years experience with a comprehensive health care directive in a home for the aged. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 25*, 433–436.

Ong, L., Linden, W., & Young, S. (2004). Stress management: What is it? *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 133–137.

Portnoy, D. B., Scott-Sheldon, L. A. J., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk factor reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1998–2007. *Preventive Medicine, 47*, 3–16.

Rachlis, M., & Kushner, C. (1994). *Strong medicine: How to save Canada's health care system.* Toronto, ON: Harper Collins.

Raimy, V. C. (1950). *Training in clinical psychology.* New York: Prentice-Hall.

Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus video-conferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 649–653.

Ryan, P., & Lauver, R. D. (2002). The efficacy of tailored interventions, *Journal of Nursing Scholarship, 34*, 331–337.

Shevron, H. (2006). The contribution of cognitive behavioral and nueorphysiological frames of reference to a psychodynamic nosology of mental illness. In PDM Task Force. *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Stambor, Z. (2006). The forgotten population. *APA Monitor, 37*(10), 52–53.

İSİM DİZİNİ

KONU DİZİNİ*

Tabloların sayfaları t ile, şekillerin f ile, kutuların b ile gösterilmiştir.

* Çeviren: Aslı SÖKMEN

Klinik Psikoloji

MODERN SAĞLIK UZMANLIK ALANI

Clinical Psychology - A Modern Health Profession

WOLFGANG **LINDEN** | PAUL L. **HEWITT**

Çeviri Editörü: **Dr. Muzaffer Şahin**

Ülkemizde ve dünyada klinik psikologların sayısı hızla artmaktadır ancak çalışma alanları, koşulları, yöntemleri ve terapi süreçleri hakkında toplu bir bakış sunan temel kaynaklar konusunda ciddi bir boşluk bulunmaktadır.

Bu kitap; bu dersi veren öğretim üyeleri ve öğrencileri için temel bir kaynak olacak ve bu alandaki boşluğu dolduracaktır. Bu kitapta; klinik psikolojideki gelişmeler, kullanılan araçlar, objektif testler, projektif teknikler, etik ilkler ve bunların değerlendirilmesi, tedavi sonuçlarının detaylı bir şekilde incelenip terapide neyin işe yarayıp neyin yaramadığı hakkında bilgiler sunulmaktadır.

Bu kitabın amacı, sadece klinik psikoloji hakkındaki gerçekleri öğretmek değil; aynı zamanda öğrencilerin âdeta bir klinik psikolog gibi düşünmelerini teşvik etmek ve bilimin, deneyimin, ahlakî davranışların yanı sıra önsezilerin, profesyonel kimliğin nasıl işlediğiyle ilgili bütünleşmiş bir algı oluşturmalarına yardımcı olmaktır.

Prentice Hall
is an imprint of
PEARSON
www.pearsonhighered.com



ISBN 978-605-133-488-2



NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD ŞTİ.
ANKARA DAĞITIM Kültür Mah. Mithatpaşa Cad. Nu: 74 B-01/02
Tel: 0312 418 20 10 Faks: 0312 418 30 20 Kızılay / ANKARA
www.nobelyayin.com nobel@nobelyayin.com
MERKEZ İOSB Abdülkadir Geylani Cad. Nu: 2/A
Tel/Faks: 0312 386 00 91 Ostim / ANKARA



